

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN
Departamento de Sociología IV (Métodos de la
Investigación y Teoría de la Comunicación)



VIH Y SIDA EN HONDURAS : EL DERECHO A UNA
RESPUESTA INTEGRAL : ANÁLISIS DE LOS
DISCURSOS Y LAS PRÁCTICAS SOBRE VIH Y SIDA
A PARTIR DEL MODELO DE ANÁLISIS DE MICHEL
FOUCAULT

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Emilia Lorenza Alduvín Sainz

Bajo la dirección del doctor
Fernando Álvarez-Uría Rico

Madrid, 2012

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA IV

PROGRAMA DE DOCTORADO 276

COMUNICACIÓN, CAMBIO SOCIAL Y DESARROLLO



TESIS DOCTORAL

“VIH Y SIDA EN HONDURAS: EL DERECHO A UNA RESPUESTA INTEGRAL.

***Análisis de los discursos y las prácticas sobre el VIH y SIDA
a partir del modelo de análisis de Michel Foucault”***

DOCTORANDA: EMILIA LORENZA ALDUVÍN SAINZ

DIRECTOR: FERNANDO ÁLVAREZ-URÍA RICO

MADRID

MARZO DE 2012

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

La concepción, planificación, desarrollo y conclusión de este estudio, tiene una larga data, casi la misma que mi vínculo con los temas de *VIH y SIDA* y del *Derecho a la Salud*. Ha sido nutrida por infinidad de personas, cuyas pláticas e ideas fueron sembradas a lo largo del tiempo; y han podido ir germinando a medida que las lecturas adecuadas permitían ponerlas en contexto. Todas ellas han contribuido en gran manera y sería muy prolijo enumerarlas. A todas ellas mi genuino agradecimiento.

No obstante, por su constancia y permanencia durante el proceso, menciono, en primer lugar a mi familia entera, los que ya no están y los que están aún; mi padre, Ramón Alduvín Lozano y a mi madre, Carolina Sainz de Alduvín, por haber siempre fomentado en mí el amor por el conocimiento y confiar en que podía procurarlo; a ella, y a mi suegra, Milene Férrez de Planells, por haber sido como fueron, parte de la savia que nutre nuestro hogar, y a quienes debo más de lo que las palabras pueden expresar. A mi esposo, Juan Mariano Planells Férrez, por su amor incondicional, patente cada día, cuyo apoyo y complicidad me han permitido dedicarme de lleno a lograr este cometido; a nuestros hijos, Mariana Cecilia, Daniela Sofía y Patricio Antonio, por su comprensión de las horas y cuidados robados por muchos años; de quienes he obtenido en uno u otro momento, cada uno a su manera, su oído atento sobre mis tropiezos y progresos; a mi hermana Carolina y mis sobrinos Ana Carolina y Darío, quien me permitió poner en perspectiva gráfica, algunas ideas sobre este trabajo.

A mi experiencia de trabajo con el *Department For International Development DFID*, en el que durante más de cinco años pude adentrarme, desde diferentes perspectivas, en el mundo de la cooperación internacional en VIH y SIDA, especialmente a través de Jenny Amery, Victor Heard y Malcolm Mc Neil, con quienes tuve el privilegio de trabajar durante los años que van desde el 2002 al 2007; de igual manera a las excelentes colegas Alanna Armitage, Flor María Matute, Lesby Castro, Juan Ramón Gradelhy Ramírez y Xiomara Bú, con quienes compartimos muchos sueños y trabajo alrededor del tema en Honduras durante dichos años.

A los profesores y compañeros del Doctorado 276 *Comunicación, Cambio Social y Desarrollo* de la UCM, por compartir generosamente durante todo este tiempo conocimientos, experiencias, apoyo, buenos momentos y un ideal común que nos ha mantenido activos y unidos.

A cada uno de mis compañeros de trabajo del *Postgrado en Salud Pública* de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, pero de manera muy especial a su Coordinadora General, Mtra. Astarté Alegría, por compartir sueños, labores, innumerables horas de discusión para dar cuerpo a las ideas alrededor del *Derecho a la Salud*; y por su solidaridad de siempre, y especialmente durante el año de licencia sabática que me fuera concedido, gracias a su inmediato y decidido apoyo.

A los maestrandos de la séptima promoción de la *Maestría en Salud Pública* de la UNAH, por contribuir, a sabiendas o sin saberlo, a la conformación de la propuesta teórico-metodológica aquí presentada, que pudo irse gestando gracias a los momentos de explicación-discusión, en los cuales la más beneficiada fue esta investigadora.

A la experiencia obtenida al participar en el desarrollo del *Módulo de Investigación Cualitativa* de la *Maestría en Investigación Social* de la UNAH, especialmente a su director, Dr. Rafael del Cid, por su atenta invitación para participar en el mismo; y a la profesora del respectivo módulo, Dra. Silvana Forti, por las esclarecedoras aportaciones para el afinamiento de la propuesta metodológica del presente estudio.

A la *Dirección de Investigación Científica DICU* de la UNAH, especialmente a su directora, Mtra. Leticia Salomón, por su impulso para la obtención de la beca para docentes de la UNAH para finalización de estudios de Postgrado, a través de la cual será posible la movilidad para la defensa de la presente tesis. De igual manera, el agradecimiento por el espacio brindado en el *IV Congreso de Investigación Científica*, auspiciado por la DICU-UNAH, en septiembre de 2010, para la exposición de los datos parciales de este estudio, a través de la ponencia titulada "*Condiciones de Posibilidad del Derecho a la Atención Integral: una mirada a una década de la respuesta ante el VIH y SIDA en Honduras*", la cual se vio ampliamente enriquecida, gracias a los acertados comentarios de los participantes.

A las autoridades del *Consejo Local de Carrera Docente* de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH, especialmente a la Lic. Rosa Camila Matute; del

Consejo General de Carrera Docente, especialmente al Lic. Benjamín Hernández; y de la *Secretaría Ejecutiva de Desarrollo de Personal*, especialmente a la Mtra. Jacinta Ruíz Bonilla, por facilitar ampliamente los procedimientos administrativos a fin de poder obtener en tiempo y forma, la licencia sabática de la cual gozo con propósitos de finalización del presente estudio.

A cada una de las personas entrevistadas para el presente estudio, por su amplitud, franqueza y generosidad, al compartir abiertamente sus conocimientos, experiencias y percepciones a lo largo del tiempo que han laborado y construido el panorama de la respuesta al VIH y SIDA en Honduras.

A los miembros del *Foro Nacional de SIDA*, especialmente a su Coordinadora Nacional, Dra. Xiomara Bú, quienes reiteradamente y de forma generosa, me han hecho partícipe de los esfuerzos que cotidianamente realizan en pro de una respuesta integral al VIH y SIDA en Honduras. De manera particular, por la oportunidad de utilizar *grupos de discusión* como fuentes secundarias para el análisis sobre los avances de la respuesta en Honduras.

A mi asesor de tesis Prof. Dr. Fernando Álvarez-Uría Rico, por los juiciosos, oportunos y generosos comentarios que me han llamado a reflexionar y perfeccionar el presente trabajo.

Finalmente, un agradecimiento particularmente especial al Director del *Programa de Doctorado 276 “Comunicación, Cambio Social y Desarrollo” de la UCM*, Prof. Dr. Miguel Ángel Sobrino Blanco, por haber sido, a todo lo largo del proceso de estudios del Doctorado, más que un profesor y director; un verdadero mentor y amigo, que con su experiencia, paciencia, entrega y desinterés total, ha sabido provocar el surgimiento de nuestro mejor esfuerzo y empeño en la consecución de este sueño, largamente acariciado.

A todos y todas, mi sincera e imperecedera gratitud!

Contenido

AGRADECIMIENTOS	5
INTRODUCCIÓN	17
CAPÍTULO I. EL SIDA COMO PROBLEMA. BREVE GENEALOGÍA DE LAS RESPUESTAS AL VIH Y SIDA	37
Contexto socioeconómico de Honduras	37
Situación actual del VIH y SIDA.....	42
De 1981 a 1985: Del caso cero mundial al caso cero en Honduras.....	55
De 1985 a 1998: Las primeras respuestas internacionales y nacionales ..	59
De 1998 a 2003: El despertar del interés mundial y nacional	71
De 2004 a 2008: Las tendencias hacia la armonización	87
CAPÍTULO II. ARQUEOLOGÍA Y GENEALOGÍA COMO METODOLOGÍA DE ANÁLISIS.....	107
Objeto de estudio	107
Objetivos del estudio	110
Hipótesis y Variables	111
<i>Arqueología: Enunciados, Formaciones Discursivas, Positividades y Discontinuidades, Saber, Episteme</i>	112
<i>Genealogía: Eventos, Formaciones No-Discursivas, Dispositivos, Relaciones de Poder, Gobernamentalidad</i>	120
Condiciones de Posibilidad: Discurso Científico, Globalización, Institucionalidad, Gobernanza.....	131

Metodología para la recolección de información	139
Propuesta analítica: Interacciones y Contradicciones de las <i>Formaciones Discursivas</i> y <i>Formaciones No-Discursivas</i>	140
CAPÍTULO III. LA SALUD ES UN DERECHO.....	149
Antecedentes	149
Enfoques en tensión en los sistemas de salud	159
Implicaciones de las tensiones analizadas en la respuesta al VIH y SIDA	183
CAPÍTULO IV. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL VIH, AL SIDA Y A LOS DERECHOS HUMANOS.....	203
<i>Derechos Humanos y Derecho a la Salud</i>	203
<i>Estigma y Discriminación: Entendimiento de los Derechos Humanos en VIH y SIDA</i>	225
<i>Vulnerabilidad: la condición transdisciplinar e intersectorial del VIH y SIDA</i>	237
CAPÍTULO V. DISCURSOS INSTITUCIONALES Y ESTRATEGIAS: EJERCICIO DE LA AUTORIDAD Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO.....	249
Principales agentes en la respuesta	250
Principales iniciativas de la respuesta	272
CAPÍTULO VI. DISCURSOS, PODERES, SUJETOS. LOS PARADIGMAS DE LAS FORMACIONES DISCURSIVAS Y SU APLICACIÓN AL CASO DEL VIH Y SIDA EN HONDURAS.....	299
Los componentes de las <i>formaciones discursivas</i>	299
Los componentes de las <i>formaciones no discursivas</i>	317

CAPÍTULO VII. LOS ENFOQUES DE RESPUESTA: EL DEBATE ENTRE EL ENFOQUE BIOMÉDICO Y EL ENFOQUE DE LAS POLÍTICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL 337

Interacciones, Contradicciones, Transformaciones y Eventos en el Discurso Internacional sobre VIH y SIDA..... 338

El Enfoque de Respuesta Clínico-Multidisciplinar en VIH y SIDA en Honduras..... 346

El Enfoque de Respuesta de Derechos Humanos-Transdisciplinar en VIH y SIDA en Honduras..... 353

Análisis de las Relaciones de Poder en VIH y SIDA en Honduras: Globalización y Gobernanza..... 359

CONCLUSIONES 377

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y GLOSARIO DE SIGLAS EMPLEADAS 407

ANEXOS DOCUMENTALES: A -J 437

ANEXO A. CUADRO DE DOCUMENTOS ANALIZADOS POR TIPO, AÑO DE PUBLICACION Y EMISOR 439

ANEXO B. LISTADO ALFABETICO DEL CORPUS DE DOCUMENTOS ANALIZADOS..... 445

ANEXO C. PROPOSITO DE LAS POLITICAS ANALIZADAS EN VIH Y SIDA SEGÚN EMISOR, AÑO DE EMISION Y VIGENCIA 455

ANEXO D. CUADRO CONSOLIDADO DE ESTRATEGIAS ANALIZADAS SEGÚN AÑO DE EMISION, EMISOR Y TIPO 465

ANEXO E. ESTRATEGIAS DE LOS PENSIDA, II PENSIDA Y III PENSIDA 473

ANEXO F. COMPARACION DE OBJETIVOS DE LOS PENSIDA, II PENSIDA Y III PENSIDA	479
ANEXO G. COMPARACION DE METAS ESTRATEGICAS DEL PENSIDA II Y PENSIDA III.....	483
ANEXO H. CARACTERISTICAS DE LOS PROYECTOS ANALIZADOS DE COOPERACION EN VIH Y SIDA EN HONDURAS 1995-2008.....	485
ANEXO I. COMPARACION DE LA MEDICION DEL GASTO EN SIDA AÑOS 2000 Y 2006	491
ANEXO J. COMPARACION DE INDICADORES SOLICITADOS Y PRESENTADOS POR HONDURAS EN LA EVALUACION DE LA RESPUESTA DE PAIS PARA LOS INFORMES UNGASS EN AÑOS 2003, 2005 Y 2008.....	493
ANEXOS DE ENTREVISTAS Y GRUPO DE DISCUSION: K - T	503
ANEXO K. MATRIZ GENERAL DE PERSONAS ENTREVISTADAS.....	505
ANEXO L. ENTREVISTA # 1 LESBY CASTRO DE MIDENCE. AGOSTO DE 2010.....	507
ANEXO M. ENTREVISTA # 2 JORGE FERNANDEZ. 3 DE NOVIEMBRE DE 2010.....	555
ANEXO N. ENTREVISTA # 3 XIOMARA BU. DICIEMBRE 2010.....	589
ANEXO O. ENTREVISTA # 4 ELSA YOLANDA PALOU. 17 DE DICIEMBRE DE 2010.....	613
ANEXO P. ENTREVISTA # 5 KARLA ZEPEDA DE POIJOL. MAYO 2011	627
ANEXO Q. ENTREVISTA # 6 BENITA RAMIREZ. MAYO DE 2011	653
ANEXO R. ENTREVISTA # 7 MANUEL SIERRA. JUNIO DE 2011	671
ANEXO S. ENTREVISTA # 8 RUTILIA CALDERON. AGOSTO DE 2011	689

ANEXO T. GRUPO DE DISCUSION FORO NACIONAL DE SIDA CHOLUTECA	699
--	-----

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El *Derecho a la Salud* es un derecho humano fundamental. Tiene valor para el desarrollo de las capacidades y proyectos de vida de las personas y colectividades; y es la base, condición y límite del ejercicio de todos los *Derechos Humanos*. Se encuentra estipulado en el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC*, que incluye también el *derecho a la educación*, el *derecho a la vivienda*, y *derecho al empleo digno*, entre otros.

Cerca de 150 países en el mundo, incluyendo a Honduras, son signatarios del *PIDESC*. En el *Comentario 14 del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, elaborado en 2,000, se precisa el concepto de *Derecho a la Salud*, como el “*derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, incluyendo a la Salud Sexual y Reproductiva, acceso a los servicios de salud y el derecho a estar libre de cualquier forma de discriminación y prácticas sociales impropias, entre otras. En relación con el VIH y SIDA, el tema de *Derechos Humanos* ha estado presente, desde que en 1989, el *Centro de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas*, organizó la *Primera Consulta Internacional sobre SIDA y Derechos Humanos* y propuso la elaboración de directrices que ayudaran a formular políticas y cumplir la normativa internacional atingente.

No obstante los avances en materia política y normativa relacionados con el *Derecho a la Salud*, y a su vinculación con el tema de VIH y SIDA, lo que parece ser más difícil de apreciar y vincular es, que una respuesta acorde a los preceptos del *Derecho a la Salud*, implica una *Respuesta Integral* y, en todo caso, qué se quiere dar a entender con *Respuesta Integral*.

Hasta finales del 2010, más de 34 millones de seres humanos vivían con VIH en el mundo, de los cuales aproximadamente el 50% son mujeres. En la región latinoamericana, la cifra ascendía a 1.5 millones de personas¹. En Honduras, para finales de 2009, la cifra de PVIH ascendía, según el *Programa Conjunto de las*

¹ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2011) *Informe de ONUSIDA para el Día Mundial del SIDA 2011*. ONUSIDA. Ginebra.

Naciones Unidas para el SIDA ONUSIDA, a 39,000 casos². Esta situación ha significado exigencias que han movilizado a agencias multilaterales y gobiernos para articular respuestas *políticas, técnicas y financieras*.

En 1999, Honduras aprobó la *Ley Especial de VIH/SIDA*, el documento denominado *Políticas de VIH/SIDA de la Secretaría de Salud* y el primer *Plan Estratégico Nacional*, los cuales, se han acompañado de propuestas de acciones para su implementación. En este marco, Honduras accedió en el año 2004 a fondos del *Fondo Global para la Lucha contra la Tuberculosis, SIDA y Malaria*, habiéndole sido aprobado un total de más de 41 millones de dólares para los tres componentes, correspondiéndole al de VIH/SIDA, más de 26 millones de dólares para una ejecución de cinco años. En 2008, dicha ayuda se incrementó en 47 millones de dólares más, que serán desembolsados paulatinamente hasta el año 2014, haciendo un gran total de 73 millones de dólares.

Hablar de una *Respuesta Integral*, como la planteada en algunos planes estratégicos, demanda de la incorporación de acciones de dos tipos; en primer lugar, aquellas encaminadas a reducir la *vulnerabilidad*, tanto estructural, como personal, de la población hacia las condiciones que promueven la infección por VIH. En segundo lugar, una *Respuesta Integral*, debe ser concebida como una acción del Estado, en la que se complementen de manera armónica las acciones gubernamentales, con aquellas procedentes de la sociedad civil en sus variadas manifestaciones, incluyendo a la empresa privada y las comunidades.

Esta *integralidad* en las acciones debe procurarse, por tanto, a través de acciones en *educación, promoción de la salud, prevención, atención, apoyo*, no solamente a las personas infectadas y afectadas, sino que a toda la población, lo cual incluye una serie de modificaciones de orden legal, que permitan la consideración del VIH y SIDA, como uno más de los retos que el Estado debe de asumir como su responsabilidad, sin satanizar al tema como tal; y menos aún a las personas infectadas o afectadas por el mismo. En síntesis, se trata de promover y procurar acciones *transdisciplinarias e intersectoriales*.

² Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2010) *Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2010*. ONUSIDA. Ginebra.

Parte de las consideraciones presentes en la fundamentación de este estudio, es que el mejor abordaje para una *Respuesta Integral* al VIH y SIDA, es a través de un *Enfoque de Derechos Humanos-Transdisciplinar*, el cual demanda de condiciones que van más allá de la mera disponibilidad financiera; apelan, más bien, al compromiso y liderazgo de un Estado que esté interesado en desarrollar una respuesta legitimada y sostenible, construida conjuntamente con la población, incluyendo a las propias personas viviendo con VIH, como interlocutores legítimos, conscientes de sus necesidades y derechos.

Las políticas y estrategias, producto de acuerdos internacionales y nacionales en el tema han dado énfasis a la discusión conceptual, metodológica y operativa en torno a la *Integralidad en la Respuesta*, como estrategia nodal para poder combatir esta pandemia mundial y garantizar el *Derecho a la Salud*. Han sido publicados muchos documentos en esa línea desde finales de la década de los ochenta del siglo pasado, que han procurado implementarse en la medida de las posibilidades y compromiso de los Estados; sin embargo, dicho compromiso no pudo adquirir un carácter más vinculante, sino hasta 2001, cuando se emite la “*Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA*”, emanada de la *Sesión Especial* de la *Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, sobre VIH/SIDA UNGASS*.

Hoy día, a más de una década de dicha declaración, y transcurridas varias fases de implementación de los acuerdos, que proponían acciones clave en *Liderazgo, Prevención, Atención, apoyo y tratamiento, Reducción de vulnerabilidad y Derechos Humanos*, entre otras, Honduras no ha podido alcanzar las metas que se ha propuesto en los tres planes estratégicos nacionales, emitidos para los años 1998-2002, 2003-2007 y 2008-2012, respectivamente.

En el plano de los avances en investigación desde una óptica social durante la última década, el VIH y SIDA ha sido un tema recurrente, sobre el cual se pueden ver algunos avances, a través de los foros, regionales y mundiales que se realizan, prácticamente todos los años en algún lugar del planeta. La evolución de estos congresos o conferencias, nacionales o internacionales, ha tenido la particularidad de irse especificando y refinando en lo que concierne a la temática social relacionada con el VIH y SIDA.

Como muestra de dichos avances, podemos observar que hace una década, las temáticas *sociales* estaban orientadas básicamente hacia el área de los conocimientos en materia de *sexualidad* y las habilidades para la negociación del uso del condón en las llamadas *poblaciones de mayor riesgo*; así como el tema del *estigma y discriminación* hacia esas mismas poblaciones y de los *contextos de vulnerabilidad*.³

Para el XVII Congreso Internacional de SIDA realizado en México en 2008, se introduce el tema de *Prevención combinada*, instando a la utilización de abordajes de largo plazo, en los cuales se complementen acciones dirigidas a los individuos, así como los factores estructurales que incrementan la vulnerabilidad. Se menciona de manera especial en este sentido, la *vulnerabilidad de género* y la *homofobia*, como situaciones particularmente nocivas para el aumento de la vulnerabilidad al VIH y SIDA. No obstante dichas discusiones, al abordar aspectos ya directamente relacionados con el *fortalecimiento de los sistemas de salud*; es decir, al momento de verter dichas reflexiones en el tipo de *respuesta* ante el fenómeno analizado, los temas que se discutieron fueron estrictamente en lo concerniente a la mejor dotación estructural que deben tener los servicios de salud, como laboratorios e infraestructura clínica.⁴

Lamentablemente, el énfasis dado por las autoridades sanitarias, sobre todo de aquellos países receptores de la cooperación internacional, fue hacia la coordinación que debía darse con los respectivos ministerios de salud, para la toma de decisiones respecto de los fondos destinados al tema de VIH y SIDA, a manera de evitar potenciales deformaciones en los sistemas de salud. En síntesis, se obviaron discusiones y decisiones respecto a las acciones que desde el Estado se pueden brindar para revertir las condiciones de vulnerabilidad de la población⁵.

El tema de los Derechos Humanos, tampoco ha tenido mayor variación desde los inicios de la epidemia, centrándose, según lo usual, en el tema de *estigma y discriminación*, así como, dirigiéndose únicamente a las definidas *poblaciones en*

³ Comité Organizador/Comité Científico. (2003) *Libro de Resúmenes*. III Congreso Centroamericano de ITS/VIH/SIDA Panamá. 13 al 17 de octubre de 2003. Autor. Panamá.

⁴ Kort, R. et. al. (2008) *Informe de Impacto de AIDS 2008. Evidencia para la acción*. International AIDS Society. Ginebra. p. 5-6.

⁵ Kort, R. et. al. (2008) Op. cit. p. 6

mayor riesgo. No obstante, una reflexión interesante que se dio en la XVII Conferencia, desarrollada en México fue, que la atracción de científicos de las Ciencias Sociales, que puedan brindar su contribución en los campos de la sociología, la historia, la geografía, la economía y la antropología aplicadas al VIH y SIDA, continúa siendo un reto pendiente.⁶

Ya para 2010, los temas que se trataron durante la XVIII Conferencia Internacional de SIDA desarrollada en Viena, incluyeron una mayor variedad de aspectos de tipo social, así como también se expandió el ámbito y la profundización de temas vinculados con el *fortalecimiento de los sistemas de salud* y con la *intersectorialidad de la respuesta*. Entre los avances más sobresalientes que fueron discutidos en dicho cónclave, figuran, el de la *violencia por razones de género*, así como el *abuso sexual hacia la niñez*.⁷

Otro de los temas dominantes en el ámbito social del VIH y SIDA fue el que se refiere a los avances y retos de las posibilidades de *integración y evaluación* de las estrategias de *prevención combinada*, que fueron resaltadas por Carlos Cáceres y otros académicos, al proponer la factibilidad de la evidencia de la combinación de estrategias preventivas biomédicas, estructurales y conductuales, enmarcadas en una óptica de *Derechos Humanos*. Dicho planteamiento, en la argumentación de Cáceres, permitiría hacer una realidad la *revolución preventiva* propuesta por el Director Ejecutivo de ONUSIDA, el Dr. Michel Sidibé.⁸

El otro asunto importante, que ameritó una amplia discusión en el mencionado evento de Viena, fue la integración de la temática de *salud sexual y reproductiva*, con la de VIH y SIDA; discusión de vieja data, pero que ha venido cobrando factibilidad de realización, en la medida que se ha generado evidencia en relación con la costo-efectividad resultante de tal integración, sobre el impacto en la epidemia de VIH. Tales resultados abren la puerta para nuevas discusiones en relación a la factibilidad y conveniencia de los servicios de salud organizados alrededor de la *Atención Primaria en Salud*, discusión largamente esperada y pospuesta, para poder avizorar una óptica de atención enmarcada en los *Derechos Humanos*. En ese mismo evento, Grushkin

⁶ Kort, R. et. al. (2008) Op. cit. p. 29

⁷ International AIDS Society. (2010) *Advancing Evidence and Equity: Report on the XVIII International AID S Conference (AID S 2010)* 18 – 23 July 2010 IAS. Vienna, Austria. P. 15.

⁸ International AIDS Society. (2010) Op.cit. p. 15.

planteó que además de programar acciones en VIH y SIDA desde dicha óptica, se debían diseñar leyes y políticas basadas en *Derechos Humanos* que permitieran un ambiente adecuado para el éxito de los programas diseñados en respuesta al VIH y SIDA.⁹

Los progresos realizados en el conocimiento y explicación de la dinámica que subyace al tema, por un lado; pero, por otro lado, el escaso avance en los cambios tangibles en un tipo de respuesta acorde, es decir, que tienda a la *integralidad*, amerita, para su adecuada explicación, de una reflexión desde una óptica diferente, que trascienda los enfoques epidemiológico, economicista, gerencial o conductual, usualmente de corte *positivista*, que han sido la norma para los estudios sobre VIH y SIDA en el mundo y en Honduras; Igualmente, en este estudio se ha pretendido ir más allá de los estudios de enfoque *culturalista* y *hermenéutico*, que han hecho énfasis en los significados que, para diferentes grupos de población, tienen las condiciones de *vulnerabilidad*, así como de la óptica reduccionista y focalizada que la circunscribe a ciertas poblaciones, cerrando los ojos a la obligatoriedad en el cumplimiento de los derechos de las grandes mayorías.

El presente estudio, diseñado desde una doble perspectiva; la de los *Derechos Humanos*, por un lado; y la mirada *arqueológica/genealógica* foucaultiana sobre el *poder*, pretende dar una mirada *más allá del estructuralismo y la hermenéutica* a las condiciones que hacen a la respuesta ante el VIH y SIDA en Honduras, analizando los *discursos* y *dispositivos* que sobre el tema, circulan en el país. Su énfasis, por tanto, no es documentar las demandas de los usuarios, sobre el tipo de atención que éstos reciben o las justificaciones de los prestadores de servicios sobre sus carencias; se trata, más bien, de ahondar en la dinámica de *relaciones de poder* que se imbrica entre *discursos* y *dispositivos*; es decir, entre *saber* y *poder*.

Las prácticas que han primado en la atención en salud han destacado las *relaciones de poder* entre trabajadores de salud y pacientes, perpetuando esquemas de relación limitados para el desarrollo de roles dialógicos y participativos de parte de los agentes involucrados. Igualmente, la selección e implementación de *políticas* y *estrategias* suele reflejar directrices de agencias bilaterales y multilaterales que ponen en entredicho la *gobernanza* del país.

⁹ International AIDS Society. (2010) Op.cit. p. 20

La complejidad de las *relaciones de poder* fue explicada por Michel Foucault a través de los métodos *Arqueológico y Genealógico* en varias de sus obras mayores: *Las Palabras y las Cosas*, *La Arqueología del Saber*, *Vigilar y Castigar*, *Historia de la Sexualidad: La Voluntad de Saber*, mostrando cómo en diferentes períodos históricos surgen formas de ordenamiento del conocimiento –*epistemes*– y formas de implementación del mismo –*dispositivos*– que representan las *condiciones de posibilidad* para que ciertos *discursos* cristalicen en los saberes y prácticas predominantes de una época.

El presente estudio, desde su posicionamiento *arqueológico/genealógico*, pregunta: *Cuáles han sido los entendimientos –epistemes– y mecanismos –dispositivos– que han condicionado la posibilidad para la realización del Derecho a una Respuesta Integral en VIH y SIDA en Honduras?*

La elección de dicha perspectiva, ha estado indudablemente orientada por la experiencia obtenida durante mis años de vida profesional, en la que he estado laborando en el tema de VIH y SIDA por más de 15 años, durante los cuales, he podido compaginar la experiencia obtenida desde tres ámbitos: *docencia*, *investigación* y *consultorías* para agencias de cooperación, multilaterales y bilaterales, así como para ONGs, tanto nacionales como internacionales. Dicha experiencia me ha permitido tomar contacto con los diferentes actores en el tema de VIH y SIDA, sean estos, autoridades gubernamentales, representantes de agencias de cooperación y de organizaciones no gubernamentales, así como de las propias PVIH que se han organizado a lo largo del tiempo en que se ha desarrollado la respuesta.

En el campo académico, la experiencia ha sido variada; desde el desarrollo de temas ligados a la problemática del VIH y SIDA, tales como *género* y *sexualidad*, hasta aspectos, mayormente vinculados a los aspectos conductuales y culturales, que explican las diferentes *vulnerabilidades* ante el VIH y SIDA. En esta faceta, he tenido la oportunidad de participar en el grupo interdisciplinario que diseñó la currícula, tanto presencial como virtual para el desarrollo de dos diplomados relacionados con VIH y SIDA: Diplomado “*Abordaje y Atención Integral de las Personas viviendo con VIH/SIDA y del VIH/SIDA*”, dirigido a trabajadores de salud que atienden a PVIH, así como en el Diplomado “*Periodismo de Investigación, aplicado al caso del VIH y SIDA*”, el cual estuvo dirigido hacia profesionales de la comunicación que laboran en los diferentes medios en Honduras. Ambos diplomados fueron auspiciados de manera

conjunta por la Secretaría de Salud de Honduras y la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, con el apoyo financiero de ONUSIDA.

De igual manera, la experiencia obtenida durante las últimas dos décadas en el Postgrado en Salud Pública, como Profesora Titular en el Postgrado en Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras POSAP-UNAH, y posteriormente siendo Coordinadora del Eje de Ciencias Sociales en dicha Postgrado y posteriormente Coordinadora de Investigación del mismo, me han permitido adentrarme en aspectos teóricos y metodológicos sobre el tema desarrollado en este estudio. Así mismo, la experiencia en el campo académico, me ha permitido incursionar en el tema del *Derecho a la Salud* DAS, tanto desde un ángulo teórico-conceptual, como del desarrollo de acciones de tipo político, con movimientos sociales vinculados al DAS; así como trabajos teórico-metodológicos que se han realizado desde el POSAP-UNAH, en la construcción de posibles indicadores del cumplimiento o incumplimiento del Derecho a la Salud.

He desarrollado la docencia también, en temas relacionados con el VIH y SIDA como Profesora Invitada para desarrollar el Módulo de *“Metodología de la Investigación”* en la Maestría de *“Género y Educación”* de la Universidad Pedagógica Nacional “Francisco Morazán”, en Tegucigalpa; y también me he desempeñado como Profesora Invitada para desarrollar el Curso de *“Género y Desarrollo”* en la Maestría de *“Desarrollo Local y Turismo”* en la Universidad Tecnológica Centroamericana. UNITEC, en Tegucigalpa.

He tenido también experiencia como *Consultora en Salud y VIH/SIDA para el Ministerio Británico de Cooperación DFID en Honduras*, para la asesoría en el diseño e implementación del Programa de Asistencia del DFID en materia de VIH y SIDA en Honduras y para brindar Asistencia Técnica al Gobierno de Honduras en el tema de VIH y SIDA, desde 2002 hasta 2007, fecha en que DFID clausuró operaciones en el país. La experiencia con ONGs, ha sido como *Consultora para CARE Internacional, Honduras*, para la elaboración de un *Mapeo de fortalezas y posibilidades de trabajo en VIH/SIDA en Honduras* por parte de las ONG internacionales que conforman la *Alianza de ONG Internacionales* (CARE, Plan, Visión Mundial, Save the Children, OXFAM, Aldea Global, Catholic Relief Services).

En lo que respecta a experiencia de *investigación* en VIH y SIDA, he realizado varias investigaciones, tanto de manera individual, como en equipo; tanto en el ámbito académico, como también a solicitud de agencias de cooperación, como USAID, ONUSIDA, OPS, así como proyectos financiados por la Unión Europea. Algunas de estas investigaciones han sido presentadas en congresos nacionales, regionales y mundiales, en el tema de VIH y SIDA, como los CONCASIDA centroamericanos y también en la XIV Conferencia Mundial desarrollada en Barcelona, España en 2002. Varios de dichos trabajos de investigación han sido publicados, en revistas, como en informes de las respectivas agencias cooperantes.

Todas estas experiencias, en investigación han sido sopesadas por los avances que en materia de investigación alrededor del VIH y SIDA se han dado desde una óptica social y permiten avizorar una serie de aspectos convenientes como resultado del desarrollo de esta óptica investigativa.

La *conveniencia* y utilidad del presente estudio estriba en permitir una reflexión sobre cuáles han sido las *formaciones discursivas* y *formaciones no discursivas* prevalecientes en el país en las *políticas, estrategias, planes, proyectos e informes de avance*, que han permitido u obstaculizado las decisiones y flujos de *poder* que posibilitan el *Derecho a una Respuesta Integral*. De igual manera, el estudio permitirá conocer las visiones de los agentes involucrados en la atención del VIH y SIDA y de las mismas personas afectadas, para conocer su versión sobre las *condiciones de posibilidad* del *Derecho a una Respuesta Integral*.

La *relevancia académica y social* del presente estudio será la obtención de un *modelo explicativo* de la imbricación entre *saber y poder*, a partir de las *formaciones discursivas* y las *formaciones no discursivas*, presentes en las *políticas y estrategias* sobre VIH y SIDA. El *modelo* contempla también el análisis de las *relaciones de poder* presentes en los discursos que se plasman en los correspondientes documentos de *planes, proyectos e Informes de avance*, desde una perspectiva de *manejo del poder* institucional. Esta perspectiva de análisis pretende visibilizar el *flujo y manejo del poder* desde las diferentes instancias de los agentes involucrados, que usualmente permanece oculto, cuando se emplea otro tipo de abordaje de investigación.

Las *implicaciones prácticas directas* en el plano académico, se darán a través de la formulación de estrategias de análisis y enseñanza de la problemática de VIH y

SIDA desde una óptica del *Derecho a las Salud*, la *transdisciplinariedad* y la *multisectorialidad*. De ahí, se desprenden futuras *implicaciones prácticas indirectas*, que serán el fruto del desempeño de los recursos humanos formados bajo esa óptica al trabajar en el tema.

Como aporte de *valor teórico* del presente trabajo, se considera la obtención de conocimiento sobre la *forma cómo se ubica y ejerce el poder*, a partir del *análisis arqueológico/genealógico* sobre los discursos de VIH y SIDA en Honduras; analizado desde una visión ética de la *salud como derecho*.

La *utilidad metodológica* del estudio, se prevé en el ensayo de un método de análisis *arqueológico-genealógico* inspirado en las propuestas de Michel Foucault y sus seguidores, al considerar el análisis de las *prácticas discursivas* y *prácticas no discursivas* para desvelar los mecanismos y *dispositivos* de poder a los que apelan los involucrados en la vivencia y la atención del VIH y SIDA en Honduras, a partir de los discursos prevalecientes.

El principal objetivo de este estudio es analizar los discursos, las prácticas y la lógica subyacente con la que operan los diferentes agentes presentes en la comunicación y atención de la problemática del VIH y SIDA en Honduras. Se analizaron, por tanto, de analizar las *prácticas discursivas* y las *prácticas no discursivas*, con el propósito de identificar las *condiciones de posibilidad* que las sustentan con el fin de contribuir a hacer posible la realización del *Derecho a una Respuesta Integral* al llamado *problema del VIH y SIDA*.

Para tal efecto, se propusieron ocho *objetivos específicos*, divididos en, cuatro para el análisis de las *prácticas discursivas*, y cuatro para el análisis de las *prácticas no discursivas*. Para el análisis de las *prácticas discursivas*, los objetivos han sido: 1) Identificar los *objetos* o *áreas de conocimiento* que se han producido en el tema de VIH/SIDA en Honduras; 2) Analizar la *lógica de implementación* de la terminología sobre VIH y SIDA; 3) Identificar los *conceptos* predominantes en el tema de VIH y SIDA; y 4) Analizar las *metas estratégicas* que se persiguen a través de las prácticas discursivas sobre VIH y SIDA.

Por su parte, para el análisis de las *prácticas no discursivas*, los objetivos han sido: 5) Identificar las *autoridades* que hablan sobre el tema de VIH y SIDA; 6) Identificar los *mecanismos de autoridad* a través de los cuáles se implementan y

mantienen las relaciones de poder en el tema de VIH y SIDA; 7) Identificar las *tecnologías de implementación* de los discursos en el tema de VIH y SIDA; y 8) Analizar las *metas estratégicas de poder* a las que responden las tecnologías implementadas en el tema de VIH y SIDA.

El estudio se ha estructurado teniendo una *hipótesis*, a manera de guía de análisis, que se enuncia así:

Se han generado y afianzado prácticas discursivas y prácticas no discursivas en VIH y SIDA en Honduras, que promueven dispositivos institucionales y sociales de respuesta, que tienden a generar y sostener relaciones de poder, que han provocado el incumplimiento del Derecho a una Respuesta Integral.

El presente informe está estructurado en, una sección de *Introducción* al inicio; siete capítulos de desarrollo temático, metodológico y de resultados; una sección de *Conclusiones*, y al final, una última sección que da cuenta de las *Referencias bibliográficas*, *Glosario de términos empleados* y los *Anexos* que respaldan el presente estudio. Los siete capítulos que componen el cuerpo del presente informe se han distribuido de la siguiente manera.

En el *Capítulo I. El SIDA como problema: Breve genealogía de las respuestas al VIH y SIDA* se presenta primeramente el *contexto socioeconómico de Honduras*, como fundamento para el entendimiento de la *situación actual del VIH y SIDA* en el país; lo cual sirve para explicar la presentación del *objeto de estudio* de esta investigación. La dimensión genealógica se ha estructurado en cuatro apartados, siguiendo una lógica temporal. La primera sección denominada *De 1981 a 1985: Del caso cero mundial al caso cero en Honduras*, da cuenta de los albores de la pandemia, incluyendo los movimientos que se originaron en los países desarrollados sobre la afectación en los derechos de las personas VIH positivas. Se incluye también aquí una breve reseña de cómo fue vista la epidemia en algunos de los medios de comunicación más importantes del mundo. La segunda sección, la más abarcadora en términos de tiempo, denominada *De 1985 a 1998: Las primeras respuestas internacionales y nacionales*, pone en contexto los primeros intentos en Honduras por lidiar con una entidad nosológica desconocida, y cómo fueron de extrema importancia, los conocimientos y vinculaciones académicas y políticas a través de colegas norteamericanos y latinoamericanos para el despegue de las primeras respuestas en el país. La tercera sección, denominada *De 1998 a 2003: El despertar del interés mundial y nacional*, trata de explicar cómo se dieron las vinculaciones entre agentes

internacionales y nacionales alrededor de las primeras respuestas estratégicas de Honduras, plasmadas en los documentos de política. La última sección titulada *De 2004 a 2008: Las tendencias hacia la armonización*, analiza el momento histórico en que surge el énfasis internacional hacia la armonización de las aportaciones técnicas y financieras de las agencias de cooperación internacional y su influencia directa para las directrices de respuesta en el país. Se complementa esta sección con un resumen de un análisis sobre la *Visibilidad y tratamiento comunicativo del VIH y SIDA en la prensa hondureña*, el cual fue el trabajo de investigación para optar al *Diploma de Estudios Avanzados* de la investigadora, y que sirve para contextualizar el tema en Honduras desde la óptica del medio de comunicación escrito de mayor influencia en el país.

En el *Capítulo II. Arqueología y Genealogía como Metodología de Análisis* se presentan los *objetivos, hipótesis y variables* que guiaron la estructura y desarrollo de esta investigación. En este capítulo se presentan de manera sucinta los métodos *arqueológico y genealógico* propuestos por Michel Foucault a lo largo de su fecunda obra, en la que va presentando y perfeccionando las herramientas analíticas del *discurso y del poder*. Es así, como se explican, para el método *arqueológico*, las nociones de *arqueología, enunciados, formaciones discursivas, positividades, discontinuidades, saber y episteme*; sus articulaciones y complementariedades. Por su parte, para el método *genealógico*, se discuten las nociones de *genealogía, eventos, formaciones no discursivas, dispositivos, relaciones de poder y gubernamentalidad*. En la tercera sección del segundo capítulo, se analizan las *condiciones de posibilidad discursivas*, a partir de las nociones de *discurso científico, globalización, institucionalidad y gobernanza*. Las últimas dos secciones del segundo capítulo se dedican a la explicación metodológica; en la cuarta sección se explica sobre las *técnicas, instrumentos y procedimientos* para la recolección de información, la *técnica* privilegiada en este estudio es el *análisis Arqueológico/Genealógico* de los discursos presentes en los documentos oficiales gubernamentales, así como de las agencias de cooperación bilateral y multilateral en Honduras: *Políticas, Estrategias, Planes, Proyectos e Informes de avance*, en procura de las *formaciones discursivas y formaciones no discursivas* presentes en los mismos. Se elaboró al efecto una base de datos en *File Maker* y un protocolo *ad hoc* para registrar la información recopilada. En la quinta y última sección del capítulo, se aborda la propuesta analítica, explicando de qué manera las *interacciones y contradicciones* de las *formaciones discursivas* y de

las *formaciones no discursivas*, permiten la elaboración de un *modelo explicativo* sobre la respuesta. Buena parte de la tesis se ha nutrido de datos secundarios, desde los textos legales y los informes oficiales de los gobiernos y organismos internacionales, hasta los estudios sobre el VIH y SIDA, pero esta investigación tiene como punto de partida mi propia experiencia personal en este campo que intento hacer reflexiva. Para profundizar en esta experiencia he contado también con los discursos de agentes cualificados implicados en mi campo de estudio. Por esto, he realizado ocho entrevistas en profundidad a informantes clave para complementar la información obtenida de los documentos analizados.

El *Capítulo III. La salud es un derecho* está estructurado en tres secciones; la primera de ellas versa sobre los *antecedentes* a nivel mundial y nacional para que la salud fuera considerada como un derecho, sobre todo en relación con las políticas sociales implementadas y los diferentes niveles de avance de las mismas; la segunda sección se dedica a examinar los *enfoques en los sistemas de salud* que aparecen en tensión, explicando cómo la implementación de los mismos no puede darse de una manera pura y completa, sino que aparecen en diversos grados y niveles de desarrollo, imprimiendo las características distintivas a los *sistemas de salud* existentes. En la tercera sección de este capítulo, se analizan *las implicaciones de las tensiones en los servicios de salud en la respuesta al VIH y SIDA*.

En el *Capítulo IV. Aproximación conceptual al VIH, al SIDA y a los Derechos Humanos*, se discuten, en tres diferentes secciones, los diversos entendimientos y acepciones que sobre el concepto de *Derechos Humanos* y *VIH y SIDA* han circulado. En la primera de ellas se discute la vinculación entre *Derechos Humanos* y el *Derecho a la Salud*; en la segunda sección, se analiza el origen e incorporación de los conceptos de *Estigma* y *Discriminación* y su influencia en el estrecho entendimiento de los *Derechos Humanos* en el tema; en tanto que, en la tercera sección, se pasa revista al concepto de *Vulnerabilidad*, en su amplia acepción, para argumentar sobre la condición *transdisciplinar* e *intersectorial* del VIH y SIDA, tanto en sus orígenes, como en su respuesta.

En el *Capítulo V. Discursos institucionales y estrategias: ejercicio de autoridad y aplicación del conocimiento*, se presenta, en las dos secciones de que consta, cuáles son los *principales agentes de la respuesta* y las *principales iniciativas de la respuesta*, respectivamente. Entre los agentes que se analizan están las *instituciones*

gubernamentales nacionales, las organizaciones no gubernamentales nacionales, las organizaciones no gubernamentales internacionales, las agencias de cooperación bilateral, y por último, las agencias de cooperación multilateral. Por su parte, la segunda sección sobre las principales iniciativas de la respuesta, pasa revista en detalle a las diferentes políticas, tipos de estrategias, planes elaborados, proyectos realizados, así como los informes de avance que han sido presentados de parte del Estado hondureño y sus instituciones.

El Capítulo VI. Discursos, poderes, sujetos. Los paradigmas de las formaciones discursivas y su aplicación al caso del VIH y SIDA en Honduras, versa sobre los resultados del presente estudio y consta de dos secciones. En la primera sección se presentan los resultados de las formaciones discursivas: los objetos; las formas enunciativas que adopta el tema; los principales conceptos que circulan en torno al tema; así como las estrategias utilizadas para el abordaje de los temas sobre VIH y SIDA. En la segunda sección, se exponen los resultados sobre los componentes de las formaciones no discursivas, comenzando por los autores de los discursos; seguidos de las formas de autoridad que se emplean para hacer valer la misma entre los diferentes agentes presentes en el tema; en tercer lugar se presentan los resultados respecto de las tecnologías de implementación de los discursos presentes; y por último, las metas estratégicas de poder que se persiguen a través de las tecnologías implementadas. Este capítulo presenta de manera separada los diferentes componentes, tanto de las formaciones discursivas, como de las formaciones no discursivas.

El Capítulo VII. Los enfoques de respuesta: el debate entre el enfoque biomédico y el enfoque de políticas de atención integral, articula los resultados de los componentes, que han sido presentados en el capítulo anterior y analiza, valiéndose de las categorías arqueológicas y genealógicas foucaultianas, los resultados de los discursos, elaborando un modelo analítico que da cuenta de los enfoques de respuesta al VIH y SIDA en Honduras. El capítulo se subdivide en cuatro apartados, el primero denominado: Interacciones, Contradicciones, Transformaciones y Eventos en el discurso internacional, en el cual se presenta el modelo de enfoques de respuesta; un segundo apartado en que se presenta el Enfoque de Respuesta Clínico-Multidisciplinar en VIH y SIDA en Honduras; la tercera sección, que presenta el Enfoque de Respuesta de Derechos Humanos-Transdisciplinar en VIH y SIDA en

Honduras; la cuarta y última sección está destinada a realizar un *Análisis de las Relaciones de Poder en VIH y SIDA*, desde la óptica de la *Globalización y Gobernanza*.

Se finaliza con un apartado de *Conclusiones*, en el cual se sintetiza el camino recorrido, es decir, cuál es el estado de cosas sobre las formas de implementación de los discursos analizados en el tema, haciendo énfasis en los hallazgos sobre los enfoques de respuesta identificados; y se pretende dar respuesta a la interrogante sobre la hipótesis del presente trabajo: las *condiciones de posibilidad del Derecho a una Respuesta Integral en VIH y SIDA en Honduras*. Por tanto, se recapitulan las principales comprobaciones a las que el estudio permitió arribar. En primer lugar, que a través de la composición de las *formaciones discursivas* y de las *formaciones no discursivas*, así como, a través de su respectiva imbricación, que caracterizan la *episteme* y los *dispositivos* presentes en la respuesta. En segundo lugar, la explicación de la conformación del *modelo explicativo* de los *enfoques de respuesta* ante el VIH y SIDA que el estudio permitió elaborar. Seguidamente, se explica el flujo de *relaciones de poder* identificado a través del modelo descrito. La cuarta constatación se dedica a la explicación de las razones que fueron identificadas para la *invisibilidad del concepto de Derecho a una Respuesta Integral*. Para finalizar, se discute la fortaleza teórico-conceptual del *método arqueológico/genealógico* para el estudio del VIH y SIDA desde una óptica de *Derechos Humanos* y en la forja de la *acción política* necesaria para luchar por el cumplimiento del *Derecho a la Salud*.

Al final del informe se incluye un apartado que contiene las *Referencias bibliográficas*, y el *Glosario de términos empleados*, y otro apartado dedicado a los *Anexos*, que contiene el conjunto de cuadros sintéticos de los diferentes documentos analizados: *políticas, estrategias, planes, proyectos, e informes*; así como las transcripciones íntegras de las ocho entrevistas realizadas a informantes clave en Honduras y al grupo de discusión utilizado en el análisis.

Michel Foucault murió de SIDA en el histórico hospital de La Salpêtrière, en París, en junio de 1984. Desde enero de 1971 hasta su muerte enseñó en el Colegio de Francia y fue sin duda uno de los pensadores más reconocidos del siglo XX. Sus obras, desde la *Historia de la locura en la Época Clásica*, hasta la *Historia de la sexualidad*, pasando por *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*, han sido traducidas a múltiples lenguas; y sobre el pensador francés se han publicado una gran

cantidad de estudios, libros, y tesis doctorales. Es frecuente considerar a Michel Foucault un filósofo, un pensador, próximo a Kant, a Heidegger, a Deleuze y Derrida. Sin embargo Foucault se definía a si mismo como un *fabricante de herramientas* para pensar los poderes reales y materiales.

Es este Foucault, analista de los entresijos de las formas de poder, estudioso del orden del discurso y de las estrategias de poder, el que a nosotros nos interesa aquí. He intentado retomar su modelo arqueológico y genealógico de análisis para abordar un campo social que paradójicamente el propio Foucault sufrió, pero no pudo abordar en sus fascinantes análisis: el VIH y el SIDA. El objetivo de su metodología es tratar de objetivar los poderes y las estrategias, es decir, *hacer visible lo invisible*, sacar a la luz todo lo que hay de intolerable en nuestro mundo social, para contribuir a un cambio social que nos permita avanzar hacia un mundo más justo y más democrático. El orden social se perpetúa en buena medida gracias al desconocimiento de ese mismo orden y a la metamorfosis del desorden en orden.

A Michel Foucault le interesaban las líneas de demarcación que separan la razón de la locura, la salud de la enfermedad, la normalidad de la anormalidad. En un texto recogido en *La vida de los hombres infames* escribía: *Vivimos en un régimen en el que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, las relaciones entre las enfermedades y la salud.*¹⁰ Es precisamente el nacimiento de esta somatocracia, que desde un principio vivió en crisis, lo que trato de analizar. En cierto modo se puede decir que esta tesis nace en torno al tipo de *problematización* operada por Michel Foucault, pero a la vez a la sombra de su metodología de análisis puesta a punto fundamentalmente en *Las palabras y las cosas*, *La arqueología del saber*, en *Vigilar y castigar*, y por último, en la *Historia de la sexualidad* que estaba escribiendo cuando se produjo su muerte.

En 1981, en una conferencia de prensa celebrada en Ginebra, en la que se anunciaba la creación de un Comité Internacional para defender los derechos humanos, Michel Foucault leyó un texto que el diario francés *Liberation* publicó tras su muerte en un número del 30 de junio y 1 de julio de 1984. En ese texto se incluyen algunos párrafos que me gustaría recordar pues están en la base de esta investigación:

¹⁰ Foucault, M. (1990) *La vida de los hombres infames*. La Piqueta. Madrid. p. 97.

“Existe una ciudadanía internacional que tiene sus derechos, sus deberes, y que nos compromete a levantarnos contra todo abuso de poder, cualquiera que sea su autor y cualesquiera que sean sus víctimas. Después de todo todos nosotros somos gobernados y por esta razón solidarios”.

(...) Un deber de esta ciudadanía internacional es el de hacer valer a los ojos y los oídos de los gobiernos los sufrimientos de los hombres de los que no es verdad que no sean responsables.

(...) La experiencia muestra que se puede y se debe rechazar el papel teatral de la pura y simple indignación que nos proponen. Amnistía Internacional, Tierra de los Hombres, Médicos del Mundo son algunas de las iniciativas que han creado este nuevo derecho: el derecho de los sujetos privados a intervenir efectivamente en el orden de las políticas y de las estrategias internacionales.”¹¹.

He querido reproducir aquí este largo texto poco conocido, pues me parece que para abordar el llamado *problema del SIDA* conviene no perder de vista esta perspectiva de defensa activa de los *Derechos Humanos*. De hecho en esta investigación los capítulos III y IV tienen por función servir como referente normativo que nos permita evaluar lo real a partir de un marco jurídico legal legitimado por los organismos internacionales y los valores democráticos. Lo que nos propone Foucault es, precisamente, para pasar de la democracia representativa a una *democracia verdaderamente participativa*. En este sentido, no son solamente las líneas metodológicas foucaultianas las que aquí se asumen, sino que también los planteamientos y la cultura política de Foucault, que coinciden plenamente con los supuestos teóricos y epistemológicos que sirven de base al desarrollo de esta investigación.

¹¹ Foucault, M. (1984) “Face aux gouvernements, les droits de l'homme”. *Libération* 30 juin-1 juillet. Paris.

**CAPÍTULO I. EL SIDA COMO PROBLEMA. BREVE
GENEALOGÍA DE LAS RESPUESTAS AL VIH Y SIDA**

CAPÍTULO I. EL SIDA COMO PROBLEMA. BREVE GENEALOGÍA DE LAS RESPUESTAS AL VIH Y SIDA

El presente capítulo, tiene un triple propósito. Por un lado, introduce al lector a la situación social, económica y de salud de Honduras, como país latinoamericano, tercermundista, con una serie de carencias que le caracterizan, incluyendo las fragilidades institucionales que en gran medida son responsables por la situación de la respuesta ante el VIH y SIDA en el país. En segundo lugar, el capítulo está dedicado a familiarizar al lector con la situación del VIH y SIDA, tanto a nivel mundial como en Honduras, destacando algunas comparaciones en lo que respecta a la prevalencia, lo cual explica su condición de *problema*, vinculado con las condiciones de la región geográfica de que se trate. Finalmente, el grueso del capítulo, se destina a pasar revista al desarrollo del fenómeno VIH y SIDA, considerando principalmente la evolución de las diferentes respuestas que se han venido dando desde su surgimiento, hasta el año de 2008, en que termina el análisis del presente estudio.

Contexto socioeconómico de Honduras

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001, Honduras contaba con más de seis y medio millones de habitantes, con una proporción de hombres de 49.43% y 50.57% de mujeres. Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas INE, la población en Honduras para el año 2011, rondaba los 8, 215,313 de habitantes¹². Honduras se ubica en el puesto 112, de 182 países, con un IDH de 0.664, representando desarrollo humano medio-medio; en medio de Guatemala (122) y El Salvador (106); y por debajo de Panamá (60) y Costa Rica (54).¹³

El *Ingreso Nacional Bruto*, medido en US\$ fue de 1,740.00 para 2008, representando esta cifra, el 55% de lo percibido por el mismo concepto en la subregión del istmo centroamericano, el 24.7% del promedio de la región latinoamericana, y

¹² Instituto Nacional de Estadística. *Población por grupos quinquenales 2011*. Disponible en <http://www.ine.gob.hn/drupal/node/205> Consultada el 8 de agosto de 2011.

¹³ United Nations Development Programme (2009) *Human Development Report 2009 overcoming barriers: Human mobility and development*. Palgrave Macmillan. New York.

apenas el 7.6% del promedio devengado en el continente americano.¹⁴ La proporción de hogares en Honduras, por *debajo de la línea de pobreza*, medida como ingresos suficientes para cubrir la canasta básica de consumo de bienes y servicios, se reportó para 2009 en 58.8%, en tanto que los ubicados en *pobreza extrema*, alcanzaban el 36.4%.¹⁵ El indicador de medición de pobreza *Población que vive en hogares con menos de un dólar al día*, es reportado por el INE, para el 2010, en 22.8% en el territorio nacional, incrementándose a 36.4% en el área rural.¹⁶

En relación con el *Objetivo 1* de las *Metas de Desarrollo del Milenio*, que plantea “Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día”, el avance logrado por Honduras en materia de *reducción de la pobreza* ha sido muy lenta, ya que en casi una década, que va de 2001 a 2009, la pobreza se redujo solamente en 4,9 puntos porcentuales, en tanto que la pobreza extrema, bajó en 7.8 puntos porcentuales, por lo que, se considera sumamente difícil llegar a cumplir las metas fijadas en la *Declaración del Milenio*, de reducir a la mitad el porcentaje de personas en pobreza extrema.¹⁷

En el Tercer Informe de País de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Honduras 2010, se afirma que nuestro país continúa siendo altamente inequitativo, reportando un *Índice de Gini* de 0.58, que lo ubica entre los cuatro países más inequitativos de América Latina. Esto es más ampliamente ilustrado, al reportar que para el año 2007, los dos quintiles superiores de la población, poseían el 81.31% de los ingresos nacionales; en tanto que los dos quintiles inferiores percibían únicamente el 7.46% del mismo.¹⁸

Durante el período de 1990 a 2008, la proporción de trabajadores y trabajadoras hondureñas, que se encuentra laborando en el sector informal ha sido significativa, y no ha dado muestras de disminuir, ya que se ha mantenido relativamente estable entre 49.6% en 1990 y un 48.9% en 2008. A través de este

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud (2010) Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2010. OPS/OMS. Washington.

¹⁵ Gobierno de Honduras. (2010) Objetivos de Desarrollo del Milenio Honduras 2010. Tercer Informe de País. PNUD. Tegucigalpa. P. 23

¹⁶ <http://www.ine.gob.hn/drupal/node/121>. Consultada el 7 de Agosto de 2011.

¹⁷ Sistema de las Naciones Unidas en Honduras (2010) Objetivos Desarrollo del Milenio, Honduras 2010. Tercer Informe de País. Sinopsis. PNUD. Tegucigalpa. p. 17.

¹⁸ Gobierno de Honduras. (2010) Op. cit. p. 58

indicador, podemos inferir la vulnerabilidad laboral y la escasa capacidad del sector económico de Honduras para generar un mercado laboral capaz de crear nuevos puestos de trabajo para dar impulso a la economía nacional. A esta situación contribuye, entre otras cosas, la falta de una política pública integral, generada desde el Estado, para la promoción del empleo digno para población hondureña.¹⁹

La situación económica del país se ha visto agravada en los últimos años, como consecuencia directa e indirecta a la vez, de la crisis económica mundial. De manera directa, debido a la disminución en el flujo de remesas familiares, que representa un aporte sustancial a la economía hondureña, ocasionado por la disminución de empleos para migrantes en varios países, principalmente los Estados Unidos y España, así como, por la mengua de las exportaciones de bienes y la disminución en la demanda de prestación de servicios turísticos. De manera indirecta, la situación de la crisis económica ha afectado a Honduras, a consecuencia de la disminución que han hecho muchos de los países cooperantes con Honduras, que representó, en 2007, un 15.2% de los recursos obtenidos en concepto de Asistencia Oficial para el Desarrollo.²⁰

Algunos indicadores demográficos de Honduras muestran un *Crecimiento Poblacional Anual* de 2%, representando el doble del promedio de la región latinoamericana; una *Tasa Cruda De Natalidad* de 26.6 cada 1,000 habitantes; una *Tasa Global De Fecundidad* de 3.1 hijos por mujer, un tercio por arriba del promedio de la región; en tanto que la *Esperanza de Vida al Nacer*, para 2010, se reportó de 72.6 años para la población en general, siendo de 70.3 años para hombres y de 75.1 para las mujeres.²¹

En relación con los avances en materia educativa, el Tercer Informe de País de los ODM, reporta avances en la tasa de cobertura de educación primaria en las últimas décadas, reportándose datos del 2008 procedentes de UNESCO, de 97.2%, cifra lograda debido a la reducción en los niveles de deserción y reprobación; no obstante, se reconoce el gran trecho que como país ha de hacerse en los años venideros para garantizar la universalidad de la educación primaria, como lo estipulan los *Objetivos de*

¹⁹ Sistema de las Naciones Unidas en Honduras (2010) Op. cit. p. 20 y 21.

²⁰ Sistema de las Naciones Unidas en Honduras (2010) Op. cit. p. 36.

²¹ Organización Panamericana de la Salud (2010) Op. Cit.

Desarrollo del Milenio.²² Esta situación se ha deteriorado considerablemente en los últimos años, en gran parte debido a los constantes paros y exigencias del sector magisterial hondureño, que influyen directamente en la pérdida de días-clase, dejando por ello de cubrir el mínimo de 200 días-clase que según la normativa internacional en materia educativa, debería impartirse en el nivel de educación primario. Aunado a esto, el país aún no logra tener una cobertura universal de alfabetización, presentando cifras de 94% para el 2009, según el informe antes mencionado.²³ No obstante, las más recientes estadísticas del INE de Honduras, que datan de mayo 2010, reportan una Tasa de Analfabetismo en el país, para personas mayores de 15 años, de 15.2%, oscilando según lugar de residencia, entre un 22.3% para el área rural y un 7.8% en el área urbana.²⁴

En lo que concierne a la de promoción de la *equidad de género* y el empoderamiento de la mujer, el Estado de Honduras, reportó en el Tercer Informe de País de los ODM, correspondiente a 2010, que se han tenido avances en la constitución del marco legal y normativo en pro de la equidad de género, acorde a los compromisos internacionales en el tema, de los cuales Honduras es signatario. Entre los mismos, figuran la *Plataforma de Acción Mundial de Beijing*, la *Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial de Población de Cairo*, así como la *Convención contra la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres*²⁵. No obstante, es importante aclarar, que Honduras, a la fecha no ha firmado el protocolo facultativo correspondiente, el cual permitiría que el Estado hondureño fuera objeto de seguimiento y auditoría respecto de los avances en materia de equidad de género.

Algunas leyes que componen el estamento jurídico en el tema de equidad de género son, la *Ley contra la Violencia Doméstica* (1998), la *Ley del Instituto Nacional de la Mujer* INAM (1999) y la *Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer* (2010). Estas leyes han fomentado, a su vez, algunos avances de carácter institucional, que incluyen la creación de comisiones interinstitucionales en el tema de *Explotación Comercial y Trata y Tráfico de Niñas, Niños y Adolescentes*; las *Oficinas Municipales de la Mujer*, y la *Fiscalía Especial de la Mujer*, todas ellas, no obstante, con serias

²² Gobierno de Honduras. (2010) Op. Cit. p. 96.

²³ Gobierno de Honduras. (2010) Op. Cit. p. 99

²⁴ <http://www.ine.gob.hn/drupal/node/107>. Consultada el 7 de agosto de 2011.

²⁵ Gobierno de Honduras. (2010) Op. Cit. p. 104

debilidades de funcionamiento, debido a constricciones de tipo presupuestario que influyen en la cantidad y preparación del recurso humano necesario para su correcto funcionamiento, sobre todo en la aplicación de las leyes, debido a la escasez de seguimiento que se le da a las denuncias recibidas.²⁶ Una muestra del trayecto que falta aún por transitar en materia de equidad de género, es el indicador de *proporción de escaños ocupados por mujeres en el Congreso Nacional*, el cual, aún en su mejor momento, no ha superado el 25%, encontrándose actualmente en 20%.²⁷

En materia de *salud*, Honduras, según el informe *Situación de Salud en las Américas*, publicado en 2010 por la Organización Panamericana de la Salud, presenta los siguientes indicadores básicos: en la *Tasa de Mortalidad Infantil* para el año 2006, de 23 X 1,000 nacidos vivos, en tanto que la *Mortalidad en Menores de 5 años*, se reportó en 31 X 1,000 n. v. para ese mismo año. La *Tasa de Mortalidad Materna* estimada por OMS en el país para el 2005, fue de 280 X 100,000 n. v.²⁸, sin embargo, la falta de estudios recientes, hacen muy difícil afirmar una cifra precisa, ya que, según otras estimaciones realizadas en 2000, ésta la habían ubicado en 119 X 100,000 n. v. El último estudio verificado data de 1997 y encontró una Tasa de Mortalidad Materna de 108 X 100,000 n. v.²⁹

Otros importantes indicadores de morbilidad en Honduras incluidos en el documento denominado *Perfil de los Sistemas de Salud Honduras* de 2009, analiza la situación mixta del país, en el que co-existen enfermedades de tipo infecto-contagioso, producidas principalmente por las condiciones de vida precarias de la mayoría de la población hondureña, conjuntamente con un incremento en los últimos años, de enfermedades crónico-degenerativas, como los padecimientos cardiovasculares, encontrados mayormente en la población adulta, al igual que diversos tipos de cáncer; enfermedades estas últimas, ligadas más a los estilos de vida poco saludables. Son de relevancia en el país también, debido a su alta transmisibilidad el dengue, la malaria y la tuberculosis, que presentó una tasa de prevalencia anual de 47.1 en 2004.³⁰

²⁶ Gobierno de Honduras. (2010) Op. Cit. pags. 104-105

²⁷ Gobierno de Honduras. (2010) Op. Cit. P. 31

²⁸ Organización Panamericana de la Salud (2010) Op. Cit.

²⁹ Gobierno de Honduras. (2010) Op.cit.P. 124-125

³⁰ Organización Panamericana de la Salud (2009) *Perfil del Sistema de Salud de Honduras: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*. OPS. Washington. P. 4.

Los mayores logros como país se encuentran en el área de *inmunizaciones*, con una amplia cobertura de vacunación, sumándose a los éxitos regionales en la erradicación de la polio en 1989, la eliminación del virus del sarampión en 1997, y el control de otras enfermedades como tétano neonatal, meningitis tuberculosa y difteria. Las cifras sobre vacunación reportadas en el documento de *Indicadores Básicos 2010* de OPS, muestran un 98% de cobertura de inmunización de la vacuna para Difteria, Tosferina y Tétano, DPT3, 98% para Polio3 y de 100% para BCG contra la Tuberculosis en el 2009³¹.

Estos frutos han sido producto de una continua mejora en el *Programa Nacional de Inmunizaciones*, el cual ha venido perfeccionando su logística, el desarrollo del recurso humano, así como una amplia cooperación internacional. Este programa es un ejemplo de una eficaz institucionalización³². Dicha situación se muestra en claro contraste con las cifras que el país ha reportado sobre *desnutrición infantil crónica* en el período 1991-2006, siendo de 27.4% en ese último año.³³

Este último dato correlaciona de forma positiva con el de *reducción de la pobreza*, ya que las cifras sobre *desnutrición infantil crónica*, son un claro indicador de los factores estructurales que determinan los elevados índices de pobreza existentes en Honduras, sobre todo en las áreas urbano-marginales y rurales. No obstante, contribuyen también al mantenimiento de los altos niveles de desnutrición en el país, los datos relacionados con el nivel educativo de la población, que hemos detallado atrás; manteniendo un efecto sinérgico los unos con los otros, todo lo cual configura el panorama de *vulnerabilidades sociales* de la población hondureña.

Situación actual del VIH y SIDA

La situación mundial del VIH y SIDA en la actualidad, tomando como referencia los últimos documentos disponibles, tiene comportamientos variados, dependiendo de la región geográfica que se trate; se reportan 22 países ubicados en el África Subsahariana en los cuales la incidencia de VIH ha declinado en más de 25% en la última década; no obstante, es en dichos países donde aún ocurre la mayoría de nuevas infecciones. En siete países, presentan más bien un incremento en la

³¹ Organización Panamericana de la Salud (2010) Op. Cit.

³² Organización Panamericana de la Salud (2010) Op. Cit. p. 3

³³ Gobierno de Honduras. (2010) Op. Cit. P. 27.

incidencia de más de 25% en los últimos diez años. Otros países de Europa, Asia y Norteamérica se mantienen estables en tasas anuales de nuevas infecciones durante los últimos cinco años.³⁴

Para 2009, vivían en el mundo 33.3 millones de personas con VIH, de las cuales, 2.6 millones eran nuevas infecciones. La prevalencia mundial era de 0.8%, en tanto que el número de muertes relacionadas al SIDA en adultos y niños en el mundo fue de 1.8 millones.³⁵

En el caso de la epidemia por VIH y SIDA, las variables típicas de la epidemiología: *tiempo, lugar y persona*, dadas las características particulares de su “*historia natural*”, inciden en la coexistencia de, literalmente, miles de epidemias, tanto separadas, como independientes, que se desarrollan alrededor del mundo, en diferentes comunidades. Esto fue visto así, desde los primeros estudios realizados en África, en la segunda mitad de la década de los años ochenta por Jonathan Mann y sus colaboradores.³⁶

De hecho, Mann, en su célebre obra *AIDS in the world*, plantea cómo la complejidad de la pandemia, impide tener una idea clara de su evolución y comportamiento, amparados únicamente en las clásicas variables epidemiológicas lo cual, plantea el autor, impide poder anticiparse para dar una respuesta necesaria y oportuna, debido a la diversidad de condiciones de naturaleza cultural, constituyéndose en un reto para los profesionales de la salud pública, quienes deben de tomar en consideración, condicionantes sociales de nivel macro, en las que se incluyen también las relaciones de dominación norte-sur que han marcado la evolución de las distintas regiones del globo, y que se manifiestan en la actualidad, como uno de sus indicadores en las cifras alcanzadas por la pandemia en la actualidad.³⁷

Por regiones geográficas, el número de personas viviendo con VIH, así como el porcentaje de prevalencia entre adultos, y el número de muertes entre niños y adultos, debida al VIH y SIDA es muy variable, así:

³⁴ Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2010) *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010*. UNAIDS. Geneva. P. 16-17

³⁵ Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2010) Op. Cit. p. 21.

³⁶ Mann, J., Tarantola, D, & Netter, T. (1992) *AIDS in the World*. Harvard University Press. Cambridge, MA. p. 14.

³⁷ Mann, J., Tarantola, D, & Netter, T. (1992) Op. cit.

En *África Subsahariana*, para 2009, un estimado de 22.5 millones de personas vivían con VIH, de los cuales 1.8 eran nuevas infecciones, con un 5% de prevalencia entre adultos y 1.3 millones de muertes relacionadas entre adultos y niños.

Para el *Norte de África* y la región del *Medio Este*, se registraron 460,000 adultos y niños viviendo con VIH, siendo de 75,000 el reporte de nuevas infecciones, su prevalencia de 0.2% y el número de muertes relacionadas a SIDA, de 24,000.

En la región *Sur y Sureste de Asia*, el número de personas viviendo con VIH fue de 4.1 millones de adultos y niños, siendo de ellas, 270,000 nuevas infecciones; la prevalencia para adultos, de 0.3%, y el número de muertes relacionadas a SIDA, de 260,000 adultos y niños.

Para la región del *Este de Asia*, se reportaron 770,000 personas viviendo con VIH, con un número de 82,000 nuevas infecciones; una prevalencia de 0.1% y un número de muertes relacionadas a SIDA, de 36,000 entre niños y adultos.

En *Oceanía* se reportaron 57,000 personas viviendo con VIH, siendo, de ellas, 4,500, nuevas infecciones. La prevalencia reportada fue de 0.3%, y se registraron 1,400 muertes relacionadas a SIDA, entre población adulta y niñez.

En las sub-regiones de *América Central* y *Sudamérica*, se registraron 1.4 millones de personas viviendo con VIH, de las cuales, 92,000 fueron nuevas infecciones; se reporta una prevalencia de 0.5% en adultos, en tanto que el número de muertes relacionadas a SIDA en niños y adultos fue de 58,000.

En la región del *Caribe*, se reportaron 240,000 personas viviendo con VIH, siendo 17,000 de ellas, nuevas infecciones; la tasa de prevalencia informada fue de 1.0%, y el número de muertes relacionadas a SIDA, se registró en 12,000 adultos y niños.

Para las regiones de *Europa del Este* y *Asia Central* se registraron 1.4 millones de personas viviendo con VIH, siendo, de estas, 130,000 nuevas infecciones. La tasa de prevalencia fue de 0.8% para adultos, en tanto que el número de muertes por causas relacionadas a SIDA en niños y adultos fue de 76,000.

Para *Europa Central* y *Occidental* se reportaron 820,000 personas viviendo con VIH, de las cuales, 31,000 fueron nuevas infecciones; se reportó una tasa de

prevalencia de 0.2%, y se registraron 8,500 muertes relacionadas a SIDA entre población adulta y niñez.

En la región de *Norteamérica* se registraron 1.5 millones de personas, de las cuales 70,000 fueron nuevas infecciones; la prevalencia en adultos se reportó de 0.5%, y el número de muertes relacionadas a SIDA en adultos y niños, se consignó en 26,000.³⁸

Las cifras anteriores nos dan muchos elementos de análisis en términos de las determinantes y condicionantes que influyen en el mantenimiento de la epidemia, sobre todo, al comparar la región de África Subsahariana, la cual tiene una relación de personas infectadas cinco veces mayor que la segunda región en prevalencia, que es la región del Caribe, y de más de diez veces que el promedio mundial de prevalencia por región. Esta situación tan contundente, se explica por un sinnúmero de variables de orden social, económico, cultural, pero también de carácter institucional, que se analizarán más adelante.

Algunos aspectos a destacar de la situación centroamericana y de América del Sur, según el último informe de ONUSIDA, señalan que la epidemia ha cambiado muy poco en los años recientes, ya que la disponibilidad de medicamentos permite que el número de PVIH continúe creciendo conforme se incorporan nuevas infecciones, a las que ya están recibiendo tratamiento. Otro de los patrones que se destacan en el informe 2010 de ONUSIDA es la permanencia de las epidemias concentradas, especialmente en población de hombres que tienen sexo con hombres, información que se destaca, producto de investigaciones realizadas en dichas poblaciones.³⁹

En el Informe del Secretario General de la Asamblea General de las Naciones Unidas UNGASS, en su 64° periodo de sesiones, en abril de 2010, donde se dio cuenta del avance de los diferentes países que suscribieron la *Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA* y la *Declaración Política sobre el VIH/SIDA* de 2001, se informó que para finales de 2008 se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral aproximadamente 4 millones de personas, significando esta cifra un incremento diez veces mayor que en 2003. Igualmente, la proporción de

³⁸ Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2010) Op. Cit. p. 20-21.

³⁹ Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2010) Op. Cit. p. 46.

mujeres embarazadas VIH positivas recibiendo terapia antiretroviral, se incrementó de 10% a 45% entre el período 2004-2008.⁴⁰

El recuento de los progresos del informe de la 64° Asamblea General manifiesta también que la epidemia continúa avanzando a un compás muy superior del que lo hace la respuesta, al ritmo de cinco personas que se infectan, por dos que entran en tratamiento antirretroviral. Se ilustra también que el VIH continúa siendo la primera causa de mortalidad en mujeres. De igual manera se pone de manifiesto la relación existente entre infección por VIH y muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como ser, la reducción de la pobreza y el incremento de otras enfermedades infecciosas, especialmente la Tuberculosis.⁴¹

Por último, el informe señala también la necesidad del mejoramiento de los sistemas de salud, sobre todo en los países en vías de desarrollo, así como el adecuado vínculo que debe desarrollarse con los servicios sobre Salud Sexual y Reproductiva, sobre todo los dirigidos a la mujer.⁴²

El reporte 2010 de ONUSIDA, en el apartado correspondiente a Honduras, registra, según datos obtenidos de la Secretaría de Salud y haciendo estimaciones propias, que para finales de 2009 había un aproximado de 37,000 personas adultas viviendo con VIH y 2,000 niños y niñas. De los 37,000 adultos PVIH, 12,000 son mujeres, representando un 32.4%. Las cifras anteriores representan un porcentaje de prevalencia de 0.8 para la población adulta. La prevalencia en mujeres jóvenes, entre 15 y 24 años se estima en 0.2%, en tanto que en hombres jóvenes, entre 15 y 24 años, la prevalencia estimada es de 0.3%. Se reporta un rango estimado de nuevas infecciones de entre 1,000 y 3,400 adultos y se infiere una tasa de incidencia estimada alrededor de 0.1. El número de muertes relacionadas al SIDA entre adultos y niños, se estimó en 2,500.⁴³

⁴⁰ Asamblea General de las Naciones Unidas. (2010). *Progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y la Declaración política sobre el VIH/SIDA*. Informe del Secretario General Sexagésimo cuarto período de sesiones. Tema 44 del programa UNGASS A/64/735. 1 de abril de 2010.

⁴¹ Asamblea General de las Naciones Unidas. (2010). Op. cit.

⁴² Asamblea General de las Naciones Unidas. (2010). Op. cit.

⁴³ Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2010) Op. Cit. Pgs. 201-207

Por su parte, las cifras reportadas por la *Secretaría de Salud de Honduras*, para mediados del 2010, muestran en Honduras un total acumulado de personas, desde el año 1985, de 28,292 casos, de los cuales, el 52.67% corresponde a hombres, mientras el 47.32% restante, corresponde a mujeres; la proporción de casos de menores de 15 años reportados con SIDA avanzado es de 10%, en tanto que la vía de transmisión continúa siendo predominantemente sexual, reportándose el 91.4% de casos con dicha vía de transmisión. Del total de infecciones transmitidas por vía sexual, un 3.5% corresponde a relaciones entre hombres⁴⁴

La dinámica de la epidemia en Honduras es mayoritariamente urbana, reportándose en las principales ciudades del país, y con una predominancia en los departamentos del centro y del litoral atlántico, lo que conforma el llamado “*corredor de desarrollo nacional*”, que concentra casi el 75% de infecciones por VIH en el país. Las prevalencias según las principales regiones geográficas son, en primer lugar, el departamento de Cortés, donde se ubica la ciudad de San Pedro Sula, con el 38% de casos; en segundo lugar el departamento de Francisco Morazán, donde reside la capital del país, Tegucigalpa, con un 21.5%; en tercer lugar el departamento de Atlántida, con el 9.5% de las infecciones, siguiéndole Yoro, con un 5.8% y Colón, en el litoral atlántico, con el 4.2% de casos registrados.⁴⁵

En el cuarto informe de país sobre los progresos realizados en la aplicación de la *Declaración Política sobre el VIH/SIDA*, de 2001, correspondiente a los años 2008-2009, Honduras manifiesta seguir teniendo una epidemia predominantemente heterosexual, con una razón hombre-mujer en nuevos casos de SIDA de 1.4:1, que reafirma el modo de transmisión predominante. La franja etaria de mayor afectación es de 20 a 39 años, representando el 66%, y afectando mayormente a población económicamente activa.⁴⁶

Según el mencionado informe de país, Honduras sigue siendo el segundo país más afectado por el VIH y SIDA en la sub-región centroamericana, con una concentración mayor en las áreas urbanas y en el litoral del norte del país, como

⁴⁴ Secretaría de Salud. (2010) *Informe estadístico de la situación VIH/SIDA en Honduras. Período 1985-Junio 2010*. Tegucigalpa.

⁴⁵ Secretaría de Salud. (2010) Op. cit.

⁴⁶ República de Honduras. (2010) *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS*. Período de cobertura: enero de 2008-diciembre de 2009. Secretaría de Salud. Tegucigalpa. P. 8

quedó establecido antes. La epidemia presenta una composición bi-modal, es decir, con una prevalencia estimada de 0.66% a nivel general, pero presentando concentraciones de alrededor del 1% en mujeres embarazadas en control pre-natal; en tanto que se reportan porcentajes de prevalencia de entre 5% y 10% en ciertas poblaciones específicas que han sido estudiadas. En el estudio denominado *Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento*, promovida por los CDC de Atlanta y apoyada económicamente por USAID en 2006, se encontró una prevalencia de 9.9% en población de hombres que tienen sexo con hombres, un 5% en población afro-descendiente de la etnia garífuna, y de 4.6% en trabajadoras sexuales.⁴⁷

La respuesta que el país informó en el reporte antes citado da cuenta de la implementación de un Tercer Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y SIDA 2008-2012 (III PENSIDA), el cual se ha elaborado con amplia participación de varios sectores, incluyendo agencias gubernamentales, PVIH, organismos de cooperación financiera y técnica, organizaciones no gubernamentales y representantes de la sociedad civil.⁴⁸

Las estrategias mencionadas en el informe, para la implementación de la respuesta nacional incluyen: Acceso Universal a servicios de Promoción y Prevención del VIH e Infecciones de Transmisión Sexual; Acceso Universal a la Atención Integral para las personas con VIH, incluyendo tratamiento y Fortalecimiento de la capacidad de Monitoría y Evaluación nacional. Así mismo, el informe manifiesta que el VIH/SIDA ha formado parte de la agenda política nacional, movilizandolos recursos, como ser el liderazgo en la Coalición de Primeras Damas de Latinoamérica, la aprobación de la propuesta para la Ronda 9 del Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis, SIDA y Malaria, el aumento en la compra de medicamentos antirretrovirales de primera línea por parte del Estado hondureño, y el mejoramiento en la disponibilidad y calidad de la información necesaria para la prevención de la resistencia a los antirretrovirales.⁴⁹

Por último, el antes referido informe 2010 a UNGASS destaca algunos aspectos programáticos relacionados con alineamiento y complementariedad entre los financiadores nacionales e internacionales, principalmente USAID y el Fondo Mundial;

⁴⁷ República de Honduras. (2010) Op. cit.

⁴⁸ República de Honduras. (2010) Op cit. p. 9

⁴⁹ República de Honduras. (2010) Op. cit.

destaca también el aumento en la cobertura de la estrategia de *Atención Integral*; el fortalecimiento del *Programa de Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo(a)*, y el fortalecimiento en el apoyo a las PVIH, en trabajo conjunto con grupos de auto-apoyo y estrategia de apoyo domiciliario.⁵⁰

Por su parte, los últimos avances, reportados en el Tercer Informe de País, sobre los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*, en lo que concierne al Objetivo # 6, *Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades*, y tomando como fuente el Informe 2010 para la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas, reporta un incremento en la cobertura de atención a mujeres embarazadas que requieren antiretrovirales, pasando de 21% en 2005 a 28% en 2009.⁵¹

Los avances en materia de atención con antiretrovirales ARV a las personas que lo requieren, entre 2005 y 2009 se reportaron para este último año, como la dotación de tratamiento antiretroviral a 7,095 PVIH, representando una elevación de 7 puntos porcentuales, pasando del 46% en 2005 al 53% en 2009. Es importante mencionar que, a ese ritmo, la meta para el año 2015, de 100% de cobertura, difícilmente podría cubrirse.⁵² El informe reporta también un 79% de pacientes PVIH en tratamiento antirretroviral con terapia de primera línea, un 14% en terapia alternativa y el 8% en terapia de rescate⁵³.

El crecimiento en la cobertura de PVIH para suplir sus necesidades de terapia antirretroviral no alcanza a suplir la demanda de la totalidad de las PVIH, ya que según estimaciones realizadas por ONUSIDA y la Secretaría de Salud, la cantidad de personas que necesitarían dicha terapia es de 13,356 PVIH, lo cual significa que en la actualidad resta por satisfacer la demanda de un 47%. Esto, continúa siendo un gran desafío para el Estado hondureño, sus instituciones y para la cooperación internacional, sobre todo, para abordar los aspectos que limitan el acceso, tanto de índole económica, cultural y de información.⁵⁴

⁵⁰ República de Honduras. (2010) Op. cit..

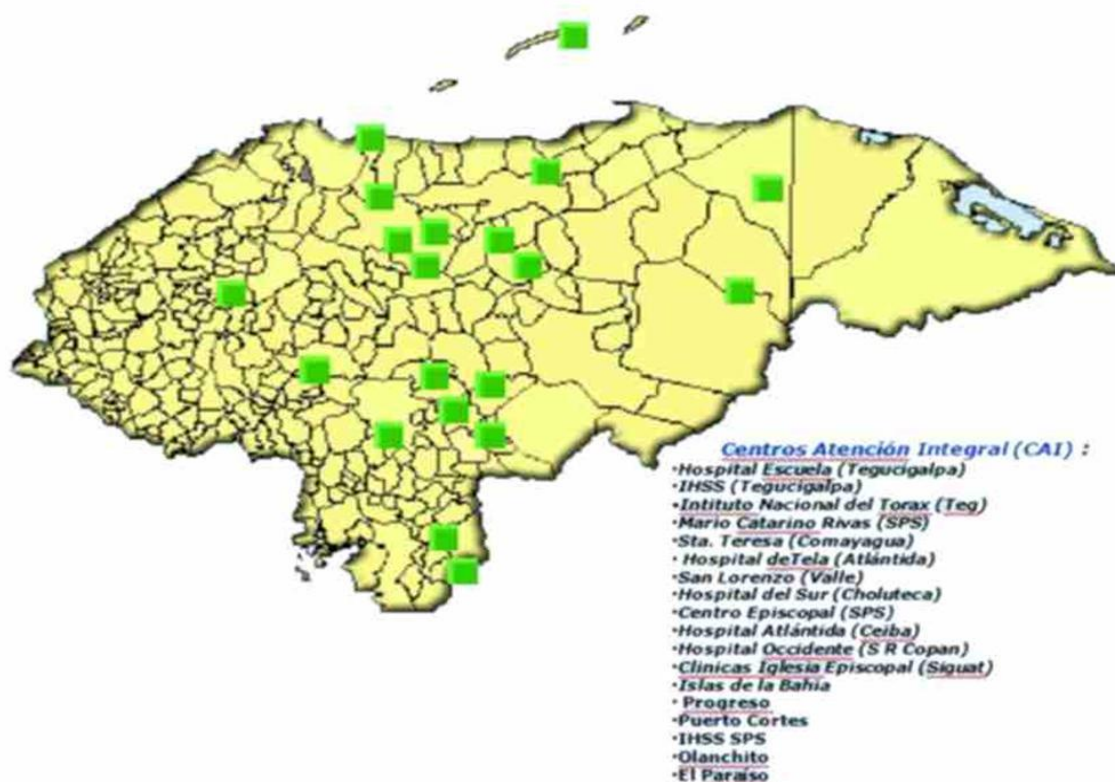
⁵¹ Gobierno de Honduras. (2010) Op.cit. p. 140

⁵² Gobierno de Honduras. (2010) Op.cit. p. 143

⁵³ República de Honduras. (2010) Op. cit.. P. 55.

⁵⁴ Gobierno de Honduras. (2010) Op.cit. P. 38

Actualmente están en funcionamiento 35 *Centros de Atención Integral CAI* diseminados en el territorio nacional, para los que se ha brindado capacitación a personal multidisciplinario para laborar en dichos centros, a través de entrenamiento nacional e internacional, contabilizando 1,164 personas entrenadas para brindar atención integral a las personas viviendo con VIH hasta 2009.⁵⁵ El mapa muestra la ubicación de los primeros CAI abiertos.



Los CAI son centros de atención que funcionan, ya sea que estén adscritos a un hospital o a un Centro de Salud de mediana complejidad, pero que tienen un funcionamiento independiente en muchos sentidos, del sistema de salud gubernamental, ya que los fondos con los que ha venido operando, en un amplio porcentaje han provenido de la cooperación externa. Esto ha incluido, la construcción y/o mejoramiento de instalaciones físicas, el equipamiento, la dotación de algunos insumos para su funcionamiento, pero, sobre todo, el pago de gran parte del recurso

⁵⁵ Gobierno de Honduras. (2010) Op.cit. p. 55

humano que lo mantiene funcionando.⁵⁶ Esta situación de virtual paralelismo en el sistema de salud, no es de ninguna forma explicitado en los informes de país, pero en la práctica se revela como una de las mayores debilidades para la sostenibilidad de la respuesta nacional en el mediano y largo plazo.

Las principales limitaciones que fueron mencionadas en el Tercer Informe de País de los ODM en relación con el cumplimiento de las metas relacionadas con el VIH/SIDA, fueron las siguientes. Para la meta 6-A *“Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA”*, las principales limitaciones fueron referidas a debilidades legales e institucionales que permitan articular respuestas para prevención, atención, cuidado y apoyo; la inexistencia de una estrategia nacional en materia de prevención, educación e información; así como el poco provecho que se le puede dar a la existencia del un plan estratégico nacional, debido a la marcada fragmentación interinstitucional e intersectorial.⁵⁷

Para la meta 6-B *“Lograr para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/Sida de todas las personas que lo necesiten”*, las principales limitaciones encontradas se refirieron a la baja cobertura y la inequidad en el acceso a servicios de *atención integral* concernientes al VIH y SIDA, tales como las brechas aún existentes para la dotación de terapia antirretroviral a las PVIH que lo necesitan, incluyendo a las mujeres VIH positivas gestantes y el bajo acceso que se mantiene hacia las pruebas de VIH. También se menciona como una limitación mayor, la fragmentación existente en los servicios de salud, ya que la actual oferta, en el mejor de los casos pretende tener un enfoque multidisciplinario, pero que no alcanza a dar respuesta a la complejidad del VIH y SIDA, que demanda de un enfoque interdisciplinario.⁵⁸

Uno de los aspectos menos estudiados, en relación a la respuesta institucional al VIH y SIDA se refiere a la *calidad de la atención de los servicios* destinados para las personas viviendo con VIH. Existen a la fecha dos estudios, realizados ambos en 2009; el primero de ellos, se realizó entre marzo y septiembre ejecutado por la Secretaría de Salud, con apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, y los Centros para el Control y Prevención de

⁵⁶ The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. (2008) *Annex A to the Program Grant Agreement Honduras: Program Implementation Description*. Tegucigalpa-Geneva. p. 2-3

⁵⁷ Gobierno de Honduras. (2010) Op. cit.. p. 38

⁵⁸ Gobierno de Honduras. (2010) Op. cit.. p. 39

Enfermedades CDC, cuyo objetivo general fue: “Realizar una evaluación de la calidad de atención a los usuarios y usuarias de los servicios de ITS/VIH/Sida en las regiones sanitarias departamentales, iniciando con cinco regiones priorizadas, para favorecer la respuesta institucional de la Secretaría de Salud e ITS/VIH/Sida”⁵⁹. El segundo estudio, promovido también por USAID, en el marco del Proyecto AIDSTAR-ONE, realizado entre enero y febrero de 2009, tuvo como objetivo: “...examinar la calidad y el acceso a los servicios de VIH/SIDA en 14 Centros de Atención Integral (CAI) de la Secretaría de Salud en Honduras.”⁶⁰

En el primer estudio, de la Secretaría de Salud, los hallazgos más importantes se enfocaron en el conocimiento de la percepción de la calidad de atención a personas que reciben terapia anti-retroviral TARGA, en los *Centros de Atención Integral CAI*, así como la calidad de la atención recibida en las consejerías pre-prueba sobre VIH que reciben las mujeres embarazadas en control prenatal. La calidad de atención percibida por las PVIH en TARGA, es muy buena en lo que se refiere a las instalaciones físicas, disponibilidad de medicamento y confianza en el mismo; no obstante, reportan también escasez de personal interdisciplinario y necesidad de mayor privacidad en las instalaciones donde son atendidos. Otros resultados reportados en el estudio antes mencionado, se refieren a la aparente ineficacia de los procesos de consejería pre y post prueba con mujeres embarazadas, según se deduce de las declaraciones de las personas entrevistadas, al mostrar poco dominio sobre las implicaciones del tratamiento recibido en su persona y en sus niños, nacidos o por nacer.⁶¹

En el estudio realizado por AIDSTAR-ONE, los principales hallazgos fueron en relación con cinco aspectos fundamentales de los CAI. En la *organización interna y funcionamiento*, se constató que la orientación principal de los CAI es para suplir y monitorear la *Terapia Antiretroviral de Gran Actividad TARGA*, lo cual se correlaciona con el hallazgo de la no utilización de normativa, protocolos o guías de atención, a excepción de la *Norma de Atención Clínica*; se encontró también una excesiva verticalidad en los servicios, que dificulta al paciente la recepción de una atención

⁵⁹ Molinero, R., Farach, N., Sierra, T. y Tinajeros, F. (2009) *Resultados de Evaluación de la Calidad de Atención en los Servicios de VIH y SIDA*. Secretaría de Salud/USAID/CDC/GAP. Tegucigalpa. p. 5.

⁶⁰ Saleh-Ramírez, A. (2009) *Diagnóstico de los servicios de VIH/SIDA ofrecidos en los Centros de Atención Integral en Honduras*. AIDSTAR-One./USAID. Washington. p. 1.

⁶¹ Molinero, R., Farach, N., Sierra, T. y Tinajeros, F. (2009) Op.Cit.

integral, a pesar de que los CAI se encuentren insertos en hospitales o centros de salud de mediano nivel de resolución; esto redundó en una innecesaria tardanza y dificultad para acceder a los servicios para las PVIH que acuden a los servicios; igualmente, se observó ausencia de actividades de prevención destinadas a mujeres en edad reproductiva o mujeres en estado de embarazo.

En relación con los *recursos humanos*, el estudio encontró que, a pesar de que se considera que el servicio en los CAI es brindado con estándares de calidad y calidez, existe una desarticulación marcada con el resto de trabajadores de salud, sobre todo en hospitales; al respecto, no se encontraron planes de capacitación para los recursos humanos laborando en los CAI, ni tampoco inducción hacia los nuevos empleados, situación que provoca brechas en las funciones, confusión de roles y funciones desempeñadas, así como sobrecarga de trabajo en ciertos empleados; se constató la inexistencia de descripción de puestos, términos de referencia y evaluaciones del desempeño del recurso humano; la situación de que el personal de los CAI, en una gran parte es contratado y pagado por el Proyecto Fondo Global vuelve más conflictiva aún la relación de supervisión y gobernabilidad con las autoridades de la Secretaría de Salud, quien funge como la *Autoridad Sanitaria Nacional*. Se pudo constatar también la necesidad de complementar los equipos multidisciplinarios en la mayoría de los CAI estudiados, así como la escasa integración entre las diferentes disciplinas representadas.

En relación con el *sistema de registro*, el estudio pudo determinar que existen fallas en la recopilación de la información que se genera de la atención a PVIH, a pesar de que existen los formatos de registro correspondientes, aduciendo el poco tiempo disponible para poder realizar tal labor, así como la falta de institucionalización de dicha actividad, ya que por lo regular queda en manos de pocas personas, que al no estar presentes, se deja de realizar el registro. Igualmente se encontró duplicación de expedientes y extravío de los mismos, debido a la precariedad del sistema de registro; por tales razones, se pudo verificar que el levantamiento de estadísticas del servicio es inseguro, y que también se pone en entredicho la confidencialidad de la información.

Sobre la *integración con la comunidad*, el estudio encontró que existen y funcionan con relativo éxito, *grupos de autoapoyo* en la mayoría de los CAI estudiados, los cuales realizan actividades de acompañamiento a las PVIH, tanto en

sus gestiones hospitalarias, como en visitas domiciliarias. Estos grupos coordinan también con organizaciones no gubernamentales que trabajan en el tema y les ayudan a suplir algunas necesidades de las PVIH. No obstante estas acciones exitosas, donde no se encuentra un verdadero apoyo y articulación, es con el recurso humano de los CAI, evidenciándose escasos esfuerzos por promover la participación de la comunidad y de las familias en el cuidado domiciliario de las PVIH. El tema de *estigma y discriminación* se menciona como una causal para que algunas PVIH descontinúen el tratamiento antirretroviral.

Por último, en relación con las *prioridades identificadas por el personal de los CAI*, ellos mencionaron la necesidad de complementar el equipo multidisciplinario, la urgencia de inducción y capacitación al personal de los CAI, la mayor sensibilización hacia las PVIH por parte del resto de personal de salud fuera de los CAI, el mejoramiento del sistema de referencia y contra-referencia de los PVIH entre los CAI y los otros servicios, sobre todo hospitales; mayor integración entre los diferentes CAI, la urgencia de definir una estrategia de transición para poder absorber al personal de los CAI por parte del Estado, la necesidad de incorporar la prueba de VIH en los propios CAI; así como la edición de material informativo sobre VIH y SIDA, en publicaciones accesibles para personas con un limitado nivel escolar.⁶²

Tras esta presentación del marco social en el que nos vamos a mover, adentrémonos ahora brevemente en el marco histórico, lo que sin duda contribuirá a proporcionar a nuestro estudio una dimensión temporal íntimamente vinculada al cambio social.

La periodicidad escogida para la división de esta sección, que ilustra los diferentes momentos de la respuesta, ha sido seleccionada por la investigadora, atendiendo a razones de cambios marcados, ya sea de índole *epistémico*, aludiendo con esto a los avances en el discurso científico; o bien, de tipo *político*, que significaron virajes o cambios pronunciados en el tipo de respuesta a partir de ese momento. Esto, creemos, se explica por sí mismo, en el desarrollo de cada apartado.

⁶² Molinero, R., Farach, N., Sierra, T. y Tinajeros, F. (2009) Op. Cit. Pgs. 18-21.

De 1981 a 1985: Del caso cero mundial al caso cero en Honduras

Fue en el año 1981 cuando por primera vez los *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC* -por sus siglas en inglés-, publican una advertencia sobre la manifestación de una rara forma de neumonía en hombres homosexuales, por *Pneumocystis Carinii*, que después se demostraría compatible con el *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA*. En ese mismo año, en Francia también se notifica un caso de *Enfermedad de Inmunodeficiencia Relacionada con la Homosexualidad, GRID*, por sus siglas en inglés.⁶³

Las primeras llamadas de alerta de los *CDC* colocaron a los investigadores sobre pistas para poder describir el tipo de patología de que se trataba, en función de sus características. Al año siguiente, se comienzan a identificar otros patrones en los modos de transmisión, aparte de la población *gay* y los usuarios de drogas intravenosas; su relación con las transfusiones sanguíneas, la transmisión de madre gestante a su hijo o hija, y la Tuberculosis como primera causa de defunción en los pacientes con SIDA, en Haití.

Los *CDC* establecen por primera vez la expresión *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA*, y señalan cuatro factores de riesgo, que fueron conocidos como las “cuatro H”: *homosexualidad* masculina, la *hemofilia*, el origen *haitiano* de las personas infectadas y los usuarios de drogas inyectables como la *heroína*. Esta relación de hechos sirvió de caldo de cultivo para la gestación de un clima de estigma y discriminación para las personas que tenían una o más de estas condiciones, por lo que surgen las primeras respuestas organizadas de grupos civiles, fundándose en 1982 en los Estados Unidos el grupo *Gay Men’s Health Crisis*, primer proveedor de servicios comunitarios de atención a pacientes con SIDA⁶⁴

Para 1983 los casos seguían aumentando, encontrándose un nuevo y desconcertante quinto factor de transmisión, en las parejas heterosexuales, lo que implicaba que, prácticamente toda la población se encontraba en riesgo de infección; ese mismo año el científico francés Luc Montaigner presentó la primera evidencia de

⁶³ Banco Mundial. (2005) *Compromiso con los resultados: mejorar la eficacia de la asistencia en la lucha contra el VIH/SIDA. Apéndice B3*. Banco Mundial. Washington.

⁶⁴ Banco Mundial (2005) Op. Cit.

asociación de la infección con un agente externo, que sería identificado más tarde como *Virus de la Inmunodeficiencia Humana*, abreviado como *VIH*. Esta nueva situación obligó a la Organización Mundial de la Salud OMS, a iniciar la vigilancia epidemiológica de los casos de SIDA alrededor del mundo, por lo que comienzan a detectarse múltiples casos en varios países de África.

En los Estados Unidos, las autoridades sanitarias comienzan a formular recomendaciones para prevenir la transmisión a través del contacto sexual y del control de las personas que realizan transfusiones sanguíneas, así como a una mayor evaluación de procedimientos en el manejo de la sangre y sus derivados.⁶⁵

En el año de 1984, después de un año de negarse a la evidencia, la prestigiosa revista médica británica *The Lancet*, publica los resultados de estudios que documentaban la propagación del SIDA por la vía heterosexual. En este año también se oficializa por primera vez en los Estados Unidos, la obligatoriedad de la notificación del SIDA en los cuadros estadísticos. Para ese entonces y a nivel mundial, se habían notificado a la OMS 13,142 casos de SIDA. En 1984 también, comienzan a desarrollarse en algunos países de África, como Zaire, proyectos relacionados con el SIDA, con el apoyo técnico y financiero de países europeos; a través de ellos, se comienza a identificar el vínculo entre el SIDA y la Tuberculosis. Los CDC incluyen ya dentro de las medidas preventivas a seguir, la abstención del uso de drogas intravenosas y la reducción de la práctica de compartir agujas.

El año 1985 fue clave para la evolución del tema a nivel mundial, desde el punto de vista de las bases que se sentaron para la realización de acciones políticas futuras, ya que fue el año en el que se dio la prohibición a Ryan White, joven adolescente norteamericano, hemofílico, que había sido accidentalmente infectado a través de una transfusión sanguínea de una persona infectada, para asistir a la escuela por ser VIH positivo. Así mismo, llamó grandemente la atención de los medios de comunicación a nivel mundial la muerte del actor Rock Hudson, quien confesó antes de morir que padecía de SIDA y era homosexual. La serie de eventualidades alrededor de las cuales surge la epidemia, dejarían sembrada la semilla del estigma y la discriminación, así como también, el germen de respuesta de grupos que, por

⁶⁵ Banco Mundial. (2005) Op. Cit.

primera vez, unieron sus voces en protesta del maltrato y la discriminación por razones de su padecimiento de la enfermedad.

El tema de VIH y SIDA desde sus orígenes ha llamado la atención del público y los medios le han dispensado un espacio privilegiado a través del tiempo. Revuelta, et. Al., (2002) realizaron un estudio con el propósito de detectar cuáles han sido los picos informativos a lo largo de los veinte años que corren de 1981 a 2001, en relación con los temas o tópicos, los actores y las fuentes que nutren las informaciones sobre el tema del VIH y/o SIDA en varios de los diarios más importantes de España y el New York Times.

Según este estudio, el SIDA se ha convertido en un tema mediático, es decir, ha tenido vigencia en los medios a través de los años y su presencia a través de ellos ha sido determinante aún para moldear la propia historia de la enfermedad. A lo largo de los veinte años analizados, han existido diferentes etapas en la cobertura de las noticias sobre VIH y/o SIDA que a su vez reflejan los diferentes momentos que en la sociedad misma se han dado sobre el tema.⁶⁶

El estudio constó de diferentes fases: 1) *las primeras informaciones*, 2) *evolución del sida en la prensa*, 3) *impacto mediático de las Conferencias Mundiales sobre sida*, 4) *suplementos especializados en comparación con la información diaria* y 5) *situación actual*. Las variables identificadas en el estudio fueron: *Título, fecha, diario, autor, sección, tema principal, fuentes, léxico y soporte gráfico*.⁶⁷

Entre los resultados más importantes están que, durante la primera etapa de *las primeras informaciones*, la cual se desarrolló entre 1981 y 1983, la información tuvo como tema principal la etiología del virus, la forma como se transmitió entre los así llamados *grupos de riesgo*, quedando por ello la enfermedad ligada al estigma.

El *contenido* de las noticias, por otro lado, se decantaba hacia la profusión de datos epidemiológicos, el número de muertos reportados y las previsiones que se visualizaban a corto plazo en ese momento. Parte del estilo en ese entonces era la profusión de cifras, la ilustración con fotografías lastimeras y un tono pesimista de

⁶⁶ Revuelta, G. et. al. (2002) "El SIDA en los medios de comunicación. Análisis comparativo de El País, La Vanguardia y The New York Times en los veinte años de historia de la enfermedad (1981-2001)" En: *QUARK # 24*. Parc de Reserca Biomèdica de Barcelona. 2002.

⁶⁷ Revuelta, G. et. al. (2002) Op. cit. p. 1-2

inquietud, miedo y muerte.⁶⁸ Los medios de comunicación fueron, en este sentido un factor desencadenante fundamental de *alarma social*.

Más adelante, con el descubrimiento del virus de la inmunodeficiencia humana o VIH, por parte de los científicos Montagnier y Gallo en 1983, se da paso a lo que los autores Rogers, Dearing y Chang, denominan como la *era de la ciencia*, lo cual permite, al tener un mayor conocimiento acerca de las formas de transmisión del virus, reparar en el hecho de que las poblaciones expuestas en condiciones de vulnerabilidad son mayores a lo que se manejaba en un inicio, hecho que se vio resaltado al difundirse la noticia de la muerte del actor norteamericano Rock Hudson, quien le vino a poner un rostro familiar a la epidemia y a colocar en el centro de la discusión, la dimensión humana.⁶⁹

Así fue como a partir de 1985 se entró en la denominada *era humana*, la cual evolucionó posteriormente en una *era política*, dada la conflictividad de los temas que comenzaron a tratarse al tenor de reacciones sociales crecientes de la sociedad. Revuelta y colaboradores sugieren una quinta etapa a la que denominan *era de la solidaridad*, debido a que las reacciones sociales se han volcado en gran medida hacia temas relacionados con discriminación entre países del norte y del sur, así como el acceso a los limitados recursos necesarios para la respuesta a la epidemia.⁷⁰

El estudio de Revuelta ha identificado como las principales fuentes de información, a lo largo de los 20 años que se analizaron, a los investigadores, científicos y académicos, ya sea de forma directa o a través de publicaciones especializadas. Otro hallazgo interesante que realizaron los autores apunta a cómo el tema del VIH y/o SIDA ha sacado a relucir temáticas de carácter social que usualmente no habían sido puestas en el tapete de discusión, tales como la prostitución, drogadicción, homosexualidad, así como los prejuicios de tipo religioso o cultural.⁷¹

Por último, el estudio resalta cierto tipo de contradicción encontrada en el tratamiento mediático del VIH y/o SIDA, al mencionar el tipo de cobertura que se ha

⁶⁸ Revuelta, G. et. al. (2002) Op. cit. p. 3

⁶⁹ Revuelta, G. et. al. (2002) Op. cit p. 6

⁷⁰ Revuelta, G. et. al. (2002) Op. cit p.6

⁷¹ Revuelta, G. et. al. (2002) Op. cit p. 7

dispensado a las Conferencias Mundiales, las cuales, a pesar de que han desplegado lemas alusivos a lo indeseable de las diferencias entre los países del norte y del sur, siempre resaltan como informantes a representantes provenientes de los países más industrializados.⁷²

De 1985 a 1998: Las primeras respuestas internacionales y nacionales

Michel Foucault murió, como ya he señalado, en junio de 1984 sin que los esfuerzos desplegados por investigadores y médicos franceses pudiesen salvar su vida. A partir del año siguiente a su muerte, a partir del año de 1985 comenzaron a darse las respuestas que reflejan un mayor nivel de conocimiento sobre el comportamiento de la epidemia y por ende la promoción de medidas de salud pública dirigidas hacia la colectividad. Se comienzan a realizar exámenes de detección de VIH en los bancos de sangre; en algunos países europeos se comienza a distribuir información sobre formas de prevenir la infección, así como la promoción del uso de condones. Paralelamente se celebra la *Primera Conferencia Internacional de SIDA* en la ciudad de Atlanta, GA, USA, patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos y la OPS; y por primera vez se notifica un caso de infección por VIH asociado a la lactancia materna.⁷³

Para el año 1986, las conferencias internacionales de SIDA, comenzaron a realizarse de forma anual, por lo que ese año se realizó la Segunda Conferencia en París, donde se dieron a conocer las cifras notificadas a la OMS, que reportaron 28,791 nuevos casos de SIDA, pero la estimación que se hacía de las cifras de personas infectadas alrededor del mundo era de más de cinco millones. Se realizan avances en relación al conocimiento de la epidemia al identificarse una nueva cepa de VIH en África, que se denomina como VIH-2, en tanto que se obtienen los primeros resultados que prueban que un medicamento, la *Zidovudina*, mejor conocida como *AZT*, desacelera el ataque del VIH. En Estados Unidos, el tema del SIDA es objeto de una mención pública por primera vez por el presidente Ronald Reagan.⁷⁴

⁷² Revuelta, G. et. al. (2002) Op. cit p. 7

⁷³ Banco Mundial (2005) Op. Cit.

⁷⁴ Banco Mundial (2005) Op. Cit.

Durante 1987 se producen varios avances en relación a respuestas sobre políticas en el ámbito internacional: se establece el *Programa Mundial de SIDA* de la Organización Panamericana de la Salud, conocido como *PMS*, para elaborar y coordinar una estrategia mundial de lucha contra esa enfermedad. En su momento, el PMS lideró los primeros esfuerzos coordinados de respuesta, por lo que en varios países comenzaron a surgir unidades especializadas, o programas nacionales de lucha frente al SIDA, en el interior de las instituciones sanitarias respectivas, encargadas de organizar las acciones de respuesta nacionales, teniendo que ejecutar programas de prevención, a través de acciones educativas, de la prevención parenteral, así como teniendo un mayor control y seguridad en los procesos de manejo de sangre y sus derivados. Se comenzaron también a adoptar medidas de bioseguridad relacionadas con la esterilización de equipos.

Ese mismo año de 1987, la *Food and Drug Administration FDA*, que es la agencia especializada del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, dio su aprobación para lanzar al mercado el fármaco conocido como AZT para combatir el VIH/SIDA en las personas infectadas, convirtiéndose en el primer fármaco utilizado para el tratamiento de VIH/SIDA a nivel mundial.⁷⁵

Ante el mencionado lanzamiento al mercado del AZT, del cual los laboratorios farmacéuticos *Burroughs Wellcome* pretendían recuperar los costos de investigación que hicieron posible su producción, a través de un precio por tratamiento que ascendía a \$ 6,300.00 anuales, no se hizo esperar la respuesta de la sociedad civil organizada en los Estados Unidos, con la creación del grupo *AIDS Coalition to Unleash Power*, mejor conocido como *ACT UP*, aún vigente a la fecha, y que se ha caracterizado por ser una organización basada eminentemente en el voluntariado, dirigida por sus miembros y por consenso, sobre los temas relacionados con SIDA que sus miembros aprueben. Su misión principal ha sido el empoderamiento y la autoeducación para que las *Personas Viviendo con VIH PVIH*, puedan hacerse cargo de sus vidas y su salud. En estos 20 años, ACT-UP ha ido cobrando renombre y se ha expandido a muchas ciudades en los Estados Unidos y a otros países, tanto de países desarrollados, como no desarrollados. Ha jugado un rol de suma importancia en la movilización pacífica de personas alrededor de crisis específicas sobre el tema de VIH/SIDA, de forma especial

⁷⁵ Banco Mundial (2005) Op. Cit.

las referidas a violaciones de los derechos de las PVIH, con énfasis en el acceso a la atención y a los medicamentos.⁷⁶

Una de las primeras acciones conjuntas de lucha contra el VIH/SIDA comenzó en el año 1987, con el establecimiento del *Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA (PMS/OMS)*, a través del cual se aprueba una “*Estrategia mundial de prevención y lucha contra el SIDA*”, la cual desde su primera formulación, fue concebida como “*el principal marco de política para la respuesta mundial frente a la pandemia, que la OMS orienta y coordina de acuerdo con el mandato de la Asamblea General*”⁷⁷ La influencia que a nivel mundial generó este programa y la correspondiente estrategia, indudablemente está impregnada por la visión y compromiso de Jonathan Mann, uno de los científicos que ha dejado una huella más profunda en la organización y puesta en marcha de acciones conjuntas e integrales frente al SIDA a nivel mundial.

Los primeros pasos que se habían venido realizando en la respuesta internacional ante el VIH/SIDA comenzaron a dar sus frutos, ya que para 1988, la asistencia económica mundial en el tema de VIH/SIDA se calculaba en US \$60 millones. Ese mismo año, en el contexto de la Cumbre Mundial de Ministros de Salud en Londres, se aprobó una estrategia mundial de lucha contra el SIDA promovida por el Programa Mundial de SIDA de la OMS, que se puede resumir en los siguientes puntos: *incrementar la apertura y el mutuo intercambio de información sobre la epidemia entre los gobiernos e investigadores de los diferentes países ahí representados; acabar, poner término a la discriminación hacia las personas VIH positivas; y resaltar la importancia de la educación y de los programas dirigidos a la prevención de la propagación del VIH*.⁷⁸ No obstante este acuerdo internacional, varios países continuaron desestimando esta última medida en detrimento del acceso a la información que ayudara a prevenir la epidemia, entre estos países, ha figurado Honduras.

En 1988 se realizó la *IV Conferencia Internacional de SIDA* en Estocolmo. Esta cuarta edición daría como uno de sus logros, la fundación de la *International AIDS Society IAS*, que fue fundada con la misión de trabajar por “...una fuerza de

⁷⁶ Critical Path AIDS Project <http://critpath.org/actup>

⁷⁷ Organización Mundial de la Salud. (1993) *La Estrategia mundial contra el SIDA. Serie OMS sobre el SIDA, N° 11*. OMS Ginebra.

⁷⁸ Banco Mundial (2005) Op. Cit.

profesionales alrededor del mundo trabajando juntos para prevenir, controlar y tratar el VIH/SIDA". En adelante la IAS tendría como una de sus tareas, la organización de las conferencias mundiales sobre SIDA, de las cuales se desarrollaron anualmente las primeras diez, desde 1985, en Atlanta, GA, USA, hasta 1994 en Yokohama, Japón. A partir de entonces se han llevado a cabo siete conferencias más de forma bianual, bajo la custodia de la IAS.⁷⁹

El énfasis en las temáticas abordadas en las conferencias internacionales sobre SIDA a lo largo de los años es una muestra del desarrollo y evolución de la epidemia y de la subsecuente respuesta ante la misma, siendo que las primeras se centraron mucho más en el conocimiento de la patología desde el punto de vista básico o viral, así como en la respuesta clínica, una vez que los tratamientos comenzaron a aparecer y ser probados en personas portadoras del VIH. Este patrón habría de irse ampliando con los años hacia otros tipos de investigación sobre los fenómenos conductuales, sociales y políticos que la epidemia, por su misma naturaleza, genera en las sociedades.

En el plano hondureño, durante los años 1985 a 1989, se dieron las primeras respuestas ante el VIH/SIDA desde la Secretaría de Salud, a través de la creación y funcionamiento de la *Comisión Nacional de Trabajo y Vigilancia del VIH/SIDA*, la cual coordinó varias acciones, entre ellas, la promoción de un Decreto Legislativo del año 1985 con el propósito de controlar el manejo de la sangre y sus derivados para controlar esa posible vía de infección. Ese mismo año se redactó el primer "*Plan de Ataque*". Teniendo en ese momento la epidemia una fase naciente, se realizaron actividades encaminadas a *tamizaje serológico*, *vigilancia epidemiológica* de casos, *capacitación* del personal de salud sobre el manejo de los pacientes positivos, *información* sobre las formas de transmisión, medidas obligatorias de *bioseguridad*, así como otras, encaminadas a realizar *cabildeo político* sobre los fondos necesarios para una adecuada respuesta.⁸⁰

Para 1989, algunos de los cambios sociales que la epidemia de VIH/SIDA había venido generando, se reflejaron en las protestas que se dieron, de parte de activistas en la lucha contra el VIH/SIDA, debido al elevado costo de los

⁷⁹ <http://www.iasociety.org>

⁸⁰ Secretaría de Salud (1999) *Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el SIDA 1998-2001*. Secretaría de Salud/ONUSIDA/OPS/OMS/USAID. Tegucigalpa.

medicamentos antirretrovirales para el tratamiento de las PVIH en Estados Unidos. Este año también se crea por parte del Gobierno de los Estados Unidos la *National Commission on AIDS* o Comisión Nacional de SIDA. Los avances científicos, señalan, por parte de la Organización Mundial de la Salud OMS, el vínculo existente entre VIH y Tuberculosis, debido al aumento en ésta última que se había venido registrando a nivel mundial.⁸¹

Entre los avances tecnológicos que se dan en 1990, figura la aprobación del tratamiento pediátrico para el VIH/SIDA, con AZT. El año de 1990 también se recuerda por la renuncia de Jonathan Mann, al cargo de Director del Programa Mundial de SIDA de la OMS. Su legado, no obstante, fue más allá de promover las primeras respuestas a la epidemia que tuvieron alcance mundial, sino que abarca su perspectiva sobre las estrategias de respuesta que amerita el problema, la cual fue innovadora y tenaz, al señalar que la lucha contra el VIH debe dirigirse hacia los problemas que subyacen al comportamiento humano, lo que fue, con los años, perfilándose como el abordaje hacia la *vulnerabilidad social*, que involucra a la pobreza y las relaciones inequitativas de género, más que hacia las poblaciones *de riesgo*. Este enfoque, que demanda el impulso de acciones interdisciplinarias, tardaría muchos años en calar, sobre todo en los países en los que prevalece una doble moral sexual, así como relaciones de poder basadas en los estatus profesionales, como es el caso de Honduras.

Entre los acontecimientos registrados el año 1991, figura el anuncio de parte del famoso basquetbolista norteamericano Earvin "Magic" Johnson, de ser portador del VIH. Este anuncio redimensionó la idea de ser seropositivo, debido a la enorme popularidad habida por el célebre deportista. Su posterior dedicación a ser un activista para la prevención del VIH, imprimió un avance singular a las acciones preventivas y a la aceptación de las personas seropositivas. En el plano científico, se comienza a trabajar en el *Imperial College* de Londres, con modelos estadísticos que pretendieron plasmar las tendencias de expansión del VIH/SIDA, sobre todo en países de alta vulnerabilidad, como los africanos. Estos avances servirían como aliciente para el énfasis en programas preventivos, como el desarrollado en Tailandia, para la utilización de condones entre la población de trabajadores y trabajadoras sexuales. Se

⁸¹ Banco Mundial (2005) Op. Cit.

formularon también, en 1991, por parte de la OMS, las primeras directrices para el tratamiento clínico del VIH en adultos.⁸²

El énfasis en la respuesta ante el VIH/SIDA se da en 1992, de parte de la OMS, en la disponibilidad de condones como meta prioritaria para la prevención. Esta estrategia también formó parte de las resoluciones adoptadas en ese año por la Asamblea Mundial de la Salud, máximo organismo de la OMS, que incluyó la petición expresa a los Estados Miembros, de intensificar las acciones de prevención y de compromiso político dirigidas prioritariamente a mujeres, niños, niñas y adolescentes; integración de actividades de prevención del VIH/SIDA con las de las Infecciones de Transmisión Sexual ITS; fortalecimiento de las acciones preventivas de transmisión a través de la sangre y sus derivados; movilización de los recursos nacionales para una respuesta intersectorial; y la adopción de medidas antidiscriminatorias. Se incluyeron también mandatos expresos sobre la supresión de la negación sobre los verdaderos alcances de la epidemia y la necesaria educación que deben recibir los profesionales de salud sobre el cuidado de los pacientes VIH positivos.⁸³ El tiempo atestiguaría sobre la inmensa variabilidad en el ritmo para la implementación de dichas medidas entre los países industrializados y los países no industrializados, como Honduras.

El año de 1992 se caracterizó también por dar inicio en los Estados Unidos de América, a la terapia combinada de dos medicamentos. De igual manera, el alarmante aumento de casos de Tuberculosis, generó preocupación por el eventual contagio de la población general. Mientras tanto, las cifras de personas infectadas reportadas por la OMS a nivel mundial rondaban ya los 150,000 nuevos casos y los estudios para pronosticar las tendencias en África, planteaban un panorama sombrío por las consecuencias económicas y familiares en los hogares de África Oriental y del Sur.⁸⁴

Para el año 1993, comienzan a darse respuestas ante el VIH/SIDA por parte del gobierno ruso a través de una ley sobre el SIDA; ese mismo año, fallece el famoso, a consecuencias del SIDA, el bailarín de ballet ruso Rudolf Nureyev, acaparando la atención mediática hacia el VIH; en tanto, en Tailandia se reportan tasas de infección

⁸² Banco Mundial (2005) Op. Cit.

⁸³ Banco Mundial (2005) Op. Cit.

⁸⁴ Banco Mundial (2005) Op. Cit.

por VIH en reclutas del ejército, con una reducción del 12% al 4%. Se reporta también en ese año, por primera vez, la aparición de una forma de VIH fármaco-resistente.

En el plano nacional, se puede hablar de una segunda etapa en la respuesta ante el VIH/SIDA, que abarca los años de 1989 a 1993. Durante esa época, en Honduras, se dio la creación del *Programa Nacional de SIDA PNS*, dependiente de la Secretaría de Salud, así como se trabajó en un primer *Plan de Mediano Plazo*. En el año de 1991 se emitió el *Código de Salud* y se redactó un segundo plan de plazo medio que abarcó los años de 1993 a 1996. Esta nueva etapa de esfuerzos nacionales incluyó actividades enfocadas hacia la formación de una red de consejería. La epidemia se caracterizó en ese momento como creciente y de gran impacto en la sociedad en general. Se piensa en ese momento en iniciar una *respuesta nacional ampliada*, es decir, más allá de la respuesta dada por la propia Secretaría de Salud, incluyendo a otros sectores de la sociedad, con una organización gerencial capaz de monitorear y evaluar las acciones⁸⁵. Varios años y gestiones administrativas habrían de pasar sin dar ese salto organizacional.

Durante 1994 acontecen una serie de hechos que influyen grandemente en la respuesta mundial ante el VIH/SIDA. En primer lugar se realiza en El Cairo, entre el 5 y el 13 de septiembre, la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, auspiciada por la Organización de las Naciones Unidas y organizada por la dependencia de la Agencia de las Naciones Unidas sobre Población UNFPA. Se puede afirmar que este año fue clave en la introducción de la promoción en el uso de preservativo como la estrategia de prevención más importante ante el VIH/SIDA, debido también a los estudios realizados en Tailandia, que mostraban la eficacia de dicha estrategia preventiva.⁸⁶

En 1994 también se realizaron estudios que demostraron la eficacia del AZT para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo o hija. Otros hallazgos en el plano científico ilustran sobre el período medio que transcurre desde la infección por VIH y el desarrollo del SIDA, en poblaciones de hombres que tienen sexo con otros hombres, provenientes de ciudades en países desarrollados. En el período de 1978 a 1991 se había definido que ese período era de 10.2 años, y de 1.7 años desde el

⁸⁵ Secretaría de Salud (1999) Op. Cit.

⁸⁶ United Nations Fund for Population Agency (1994) *Programa de Acción de la Conferencia Internacional de El Cairo sobre Población y Desarrollo*. UNFPA. Washington.

desarrollo del SIDA hasta la muerte; para el período de 1983 a 1986, se incrementó el tiempo de supervivencia de 28 a 38 meses, especialmente por los cuidados de prevención y tratamiento de la neumonía por *Pneumocystitis Carinii*. Por otro lado, se pudo constatar que la doble terapia antirretroviral en realidad no aportaba mayor beneficio para la sobrevivencia. En 1994, se seguían reportando alrededor de 153,000 casos nuevos de SIDA a nivel mundial, según datos de la OMS.⁸⁷

Durante la reunión cumbre de presidentes y jefes de Estado de 42 países, realizada el día 1 de diciembre de 1994 en Francia, se firmó la *Declaración de París* respecto a la prioridad que asignaban al combate de la epidemia de VIH/SIDA alrededor del mundo, en la que, entre otras cosas, declararon su compromiso para asegurar que todas las PVIH, tendrán “...las condiciones para disfrutar el pleno goce de sus derechos y libertades fundamentales, sin ninguna distinción en cualquier circunstancia...”.

Igualmente en la *Declaración* se acordó de manera oficial:

“...apoyar un mayor involucramiento de las personas viviendo con VIH/SIDA a través de una iniciativa para fortalecer la capacidad de coordinación de las redes de personas viviendo con VIH/SIDA y de las organizaciones de base comunitaria.”⁸⁸

Este aspecto pasaría a ser conocido como *GIPA Principle*, por sus siglas en inglés para *Mayor Involucramiento de las Personas Viviendo con o Afectadas por el VIH/SIDA*. A partir de la promulgación de esta *Declaración*, una serie de medidas y estrategias se formularían desde diversas agencias multilaterales para darle vida a estos principios.

En 1995 se creó, con respaldo del Banco Mundial, la *Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe SIDALAC*, como una de cuatro iniciativas mundiales para el combate a la epidemia. Esta iniciativa, destinada para la zona latinoamericana, afincada en la *Fundación Mexicana para la Salud*, institución mexicana privada, al servicio de la comunidad, tuvo un importante influjo en los precursores esfuerzos nacionales para la configuración de los primeros pasos en la respuesta en Honduras.

⁸⁷ Banco Mundial (2005) Op. Cit.

⁸⁸ Paris AIDS Summit. (1994) *The Paris Declaration*.— 1 December 1994. http://data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/theparisdeclaration_en.pdf

En 1995 también se estableció en *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA*, *ONUSIDA*, copatrocinado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, la Agencia de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, la Agencia de las Naciones Unidas para la Educación, UNESCO, el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, la Organización Mundial de la Salud OMS y el Banco Mundial, teniendo como su primer Director Ejecutivo a Peter Piot, prominente científico quien se había desempeñado antes como Director del Programa Mundial de SIDA de la OMS. El Dr. Piot se caracterizó por su preocupación por brindar un impulso mundial a las acciones contra el VIH/SIDA, a través de la acción conjunta de las agencias del sistema de las Naciones Unidas.⁸⁹

La misión del nuevo Programa Conjunto, conocido hoy día como *ONUSIDA* fue, en el momento de su creación en 1995, la...

“...prevención de la transmisión del VIH, reduciendo el sufrimiento causado por el VIH y SIDA y contrarrestando el impacto de la pandemia en los individuos, comunidades y sociedades”⁹⁰.

Esta misión se concretaría a través de la promoción de una respuesta sólida, efectiva e integral, incluyendo el apoyo financiero y el fortalecimiento de las capacidades de respuesta nacionales, sobre todo las de los países más pobres; esto último, a través de la provisión de políticas, estrategias y directrices técnicas a nivel mundial, incluyendo las de investigación y evaluación.

Otros hallazgos en el campo clínico permitieron adoptar algunas estrategias para la prevención y el tratamiento, como los provenientes de un ensayo realizado en Tanzania, que reveló que el tratamiento sintomático de las ITS redujo en más de un 40% la incidencia de infección por VIH.⁹¹ Por su parte los Centros para el Control de Enfermedades, mejor conocidos como el CDC de Atlanta, publican en 1995 por primera vez, pautas para el tratamiento de las Infecciones Oportunistas IO, que se presentan en los pacientes VIH positivos. Dichas pautas han ido actualizándose posteriormente en 2002, 2004 y recientemente en el 2009 por un panel de

⁸⁹ http://data.unaids.org/pub/Biography/2007/0207peterpiotbiog_sp_es.pdf

⁹⁰ United Nations Economic and Social Council. *Substantive session of 1995*. 26 June-28 July 1995. Geneva.

⁹¹ Grosskurth, H. e. al. (1995) “A community trial of the impact of improved sexually transmitted disease treatment on the HIV epidemic in rural Tanzania: 2. Baseline survey results. *AIDS*, Vol. 9, Number 8: Pgs 927-934, August 1995

especialistas del Gobierno de los Estados Unidos e instituciones académicas, entre ellas las universidades de California y Washington⁹², y han sido sometidas a revisión por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos antes de su aprobación y publicación en cada ocasión⁹³.

Para 1995 las investigaciones en materia de tratamiento, reportaban que éste debía iniciarse con fuerza en el principio de la infección por VIH, al tiempo que la *Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América, FDA*, autorizaba el uso de *Saquinavir*, primer medicamento inhibidor de la proteasa, para brindar tratamiento. Por su parte, la OMS reportaba para ese momento, 4.7 millones de nuevas infecciones y 1.8 de nuevos casos de SIDA.⁹⁴

En 1996, en el marco de la XI Conferencia Internacional de SIDA, en Viena, Austria, se da a conocer la eficacia del *Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad, TARGA* (HAART por sus siglas en inglés)⁹⁵. El régimen es utilizado con los pacientes con SIDA, con el propósito de reducir la carga viral a niveles indetectables durante el mayor tiempo posible. Consta dicho régimen de por lo menos tres drogas antirretrovirales, con diferentes tipos de acción. Los avances en el tratamiento a pacientes VIH positivos que se dieron en 1996, significaron un gran avance, debido a que incluyeron también, un mayor entendimiento de la patogénesis viral, además de los nuevos esquemas de tratamiento disponibles y el acceso a herramientas más poderosas para realizar las mediciones de los niveles del VIH en los pacientes positivos. Estos avances pueden compararse, en palabras de Harrington, al impacto que tuvo el telescopio espacial *Hubble* en la cosmología, por su aporte que “*permitió a los investigadores estudiar el fenómeno con un nivel de resolución sin precedentes*”.⁹⁶

⁹² Kaplan, J. Masur, H., Holmes, K. (1995) “USPHS/IDSA Guidelines for the prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus. A Summary”. *MMWR Recommendations and Reports*. July, 14, 1995. 44(RR-8); 1-34. CDC Atlanta.

⁹³ Kaplan, J., Benson, C., Holmes, K., Brooks, John, T., Pharm, A.P., Masur, H. (2009) “Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America”. *MMWR Early Release*. March 24, 2009 / 58(Early Release);1-198. CDC. Atlanta.

⁹⁴ Banco Mundial. (2005) Op. Cit.

⁹⁵ Banco Mundial. (2005) op. Cit.

⁹⁶ Harrington, M. “Ten years of HAART” *The Center of AIDS. Hope and Remembrance Project*. Jun, 22, 2005.

Ese mismo 1996 también comenzó una cruzada internacional en la búsqueda de una vacuna contra el VIH/SIDA, búsqueda que continúa aún hoy, y que llevó en aquel momento a formar una iniciativa internacional conformada por los países desarrollados, que tuvo como propósito preparar una vacuna preventiva para ser utilizada -y probada- en los países en desarrollo⁹⁷.

En 1996 también, Brasil comienza la distribución gratuita de antirretrovirales y en África se prueba que la administración de AZT a madres gestantes, reduce significativamente la transmisión del VIH al producto por nacer.⁹⁸

Para esa época, se multiplican los estudios queriendo establecer patrones sobre la forma de acción y efectividad de los tratamientos antirretrovirales entre diferentes poblaciones, y comienzan a darse resultados contradictorios en algunos estudios, como es el caso de un ensayo comunitario realizado en la población de Rakai, Uganda para la prevención del VIH a través del tratamiento de las ITS, reportado por Wawer y cols., el cual demostró la reducción de la incidencia de VIH, en contraste con un estudio anterior realizado en Mwanza, Tanzania por Grosskurth y col. en el año anterior.⁹⁹ Estos resultados generaron controversia acerca de la forma de abordar el tratamiento de las ITS por sus implicaciones en los esquemas preventivos del VIH/SIDA.

Se reportaron también resultados de ensayos clínicos sobre la eficacia de los tratamientos combinados inhibidores de la proteasa, inaugurándose una nueva era del TARGA. Aunado a estos hallazgos, los datos sobre el nivel de carga viral de las PVIH, se toman fundamentales para la toma de decisiones sobre el inicio y modificaciones posteriores de los tratamientos definidos.¹⁰⁰ En este panorama, desde un punto de vista económico y político a nivel mundial, el rol de las casas farmacéuticas y de los laboratorios fabricantes de reactivos, toma un papel preponderante en la toma de

⁹⁷ Banco Mundial (2005) Op. Cit.

⁹⁸ Mansergh, G., Et. Al. (1996) "Cost.effectiveness of Short-Course Zidovudine to Prevent Perinatal HIV Type 1 Infection in a Sub-Saharan African Developing Country Setting" *JAMA* 1996;276(2) : 139-145

⁹⁹ Wawer MJ, Sewankambo NK, Gray RH, Serwadda D, Paxton L, Quinn TC, Wabwire-Mangen F; International Conference on AIDS. *Int Conf AIDS*. 1996 Jul 7-12; 11: 39 (abstract no. Mo.C.443).

¹⁰⁰ Mellors, J. & cols. (1996) "Prognosis in HIV-1 Infection predicted by the Quantity of Virus in Plasma" *Science* 24 May 1996. Vol. 272. No. 5265, pp. 1167-1170.

decisiones sobre las políticas y estrategias que sugieren las agencias multilaterales relacionadas con el tema de VIH y SIDA. En ese momento, el monto de la asistencia externa para la lucha contra el VIH y SIDA para los países en desarrollo, ascendía a US \$300 millones.¹⁰¹

Según estimaciones de ONUSIDA, para 1996, se habían infectado, desde el inicio de la epidemia, 30 millones de personas, habían fallecido 6 millones de ellas, y solamente en ese año se habían reportado a nivel mundial, más de 3 millones de nuevas infecciones. No obstante estas alarmantes cifras, y debido a los avances en los esquemas terapéuticos que se habían logrado hasta la fecha, los CDC de Atlanta, reportaron que en ese año, se había logrado reducir la tasa de defunción por SIDA en los Estados Unidos.¹⁰²

Para 1997, y en virtud de los avances alcanzados en la definición de los esquemas de tratamiento de TARGA, parte de las discusiones a nivel mundial, se centran en los costos del tratamiento, que incluye los medicamentos, reactivos y visitas domiciliarias, tanto en los países desarrollados, pero que tienen sistemas de salud excluyentes, pero sobre todo en los países en desarrollo, debido a la incapacidad de los gobiernos para soportar los costos que estos tratamientos demandan.¹⁰³ En este año se comienza a observar que existen diferencias en el tiempo de sobrevivencia de los pacientes que se han incorporado a esquemas de tratamiento antirretroviral de hasta siete años, entre países industrializados y países en desarrollo; sin embargo no hay pruebas fehacientes sobre este hecho.¹⁰⁴

Las estadísticas mundiales respecto a las nuevas infecciones, se reportaron, en 1997, según datos del ONUSIDA, en 5,8 millones de nuevas infecciones, totalizando 30,6 millones de personas infectadas por VIH, así como 2,3 millones de defunciones por SIDA, en ese año.¹⁰⁵

¹⁰¹ Banco Mundial (2005) Op. Cit.

¹⁰² Banco Mundial (2005) Op. Cit.

¹⁰³ Bautista, S. A., Dmytracsenko, T., Kombe, G. y Bertozzi, S. M. (Octubre 2003) *Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA en México*. Reporte Técnico 0320. PHR Plus, Abt. Associates Inc.

¹⁰⁴ Banco Mundial (2005) Op. Cit.

¹⁰⁵ UNAIDS /WHO (June 1998) *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. UNAIDS/WHO. Geneva.

En el plano nacional, se puede hablar de una tercera etapa que cubrió de 1994 a 1998, en la cual se dieron algunos avances como la creación de la *División ETS/SIDA*; la formulación, por primera vez, de una *Estrategia de Información, Educación y Comunicación IEC* dirigida al tema de VIH/SIDA; la conformación del *Consejo Nacional de la Sangre*; se realizaron reuniones y acciones de política con el propósito de formular, para su discusión en el Congreso Nacional de la República, de la *Ley Especial de VIH/SIDA*; y en el terreno administrativo institucional, se comenzó el proceso de planificación estratégica para la formulación del *Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el SIDA 1998-2001*; así como la incorporación del Programa de Control de Tuberculosis en la Secretaría de Salud, al ahora denominado *Departamento ETS/SIDA/TB*. Se reconoció en ese momento el escaso y poco sistemático trabajo en prevención, que se desarrollaba, principalmente por organizaciones no gubernamentales, con poblaciones sensibles, tales como niñez de y en la calle, trabajadoras y trabajadores sexuales y personas privadas de libertad.¹⁰⁶

Las reflexiones que se dieron respecto de las primeras respuestas nacionales ante el VIH/SIDA eran vagas y de corte generalista, centradas más en las condiciones que provocan el VIH/SIDA, que en las respuestas que institucionalmente y como país se habían dado ante el mismo hasta ese momento. La profundidad en dicho análisis vendría algunos años después, al momento de realizar el ejercicio sobre *Análisis de Situación y Respuesta ante el VIH/SIDA*, correspondiente al primer Plan Estratégico Nacional.

De 1998 a 2003: El despertar del interés mundial y nacional

El año de 1998 marca la pauta de nuevos esfuerzos en el ámbito internacional en la respuesta ante el VIH y SIDA, esfuerzos que se verían reflejados también en el avance en la respuesta nacional ante la pandemia. En 1998 el ONUSIDA publica su primer *Informe sobre la Epidemia Mundial*, en el cual, aparte de describir el avance de la epidemia en las diferentes regiones del planeta, incursiona a un nivel más explicativo sobre los factores asociados con el desarrollo de la epidemia, tales como la pobreza y la falta de educación; igualmente, desde el punto de vista del entendimiento de la conducta sexual de las diferentes poblaciones, que por razones económicas y

¹⁰⁶ Secretaría de Salud. (1999) *Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el SIDA 1998-2001*. Secretaría de Salud/ONUSIDA/OPS/OMS/USAID.

culturales tienden a ejercer la sexualidad comercial, o de forma inequitativa hacia las mujeres. El informe también pondera las ventajas de las acciones de corte preventivo para frenar la expansión del VIH/SIDA¹⁰⁷

En 1998 se da una fuerte respuesta económica de parte de los países industrializados a través del *Comité de Asistencia para el Desarrollo del OCDE*, proporcionando US \$300 millones para apoyar la respuesta mundial ante el VIH/SIDA. En el plano de los hallazgos clínicos, comienzan a reportarse fracasos terapéuticos y efectos secundarios a la terapia con TARGA en algunos pacientes en el contexto de la *XII Conferencia Internacional de SIDA*, realizada en Ginebra, donde además se resaltan los costos excesivos de sostener dicho esquema terapéutico.¹⁰⁸ Por su parte, los CDC de Atlanta emiten directrices sobre la necesidad de ser precavidos al comienzo demasiado temprano del tratamiento con antirretrovirales.¹⁰⁹

Coincidentemente, se comienzan a reportar resultados positivos en la tasa de transmisión del VIH de madre a hijo en mujeres embarazadas tratadas en Tailandia, por lo que, los precios de AZT se llegan a reducir hasta en un 75%. En dicho año también se comienzan los primeros ensayos en sujetos humanos, fase 3, en la búsqueda de una vacuna contra el SIDA, conocida como AIDSVAX.¹¹⁰ Por su parte, ONUSIDA comienza a llamar la atención sobre el urgente problema que en ese momento y para el futuro, constituía la orfandad de los hijos e hijas de personas fallecidas por SIDA.¹¹¹

En el año 1999, la celebración anual que se ha instituido años atrás conmemorando el *Día Mundial del SIDA*, es dedicado a la personas menores de 25 años, simbolizando con esto, los esfuerzos preventivos que deben realizarse, especialmente con este sector de la población. En el ámbito del tratamiento, por primera vez en 1999 se gana una batalla legal para la reducción del costo de

¹⁰⁷ UNAIDS /WHO (June 1998) Op. Cit.

¹⁰⁸ Banco Mundial (2005) Op. Cit.

¹⁰⁹ CDC (1998) *1998 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases* MMWR 47(RR-1);1-118 Publication date: 01/23/1998. CDC. Atlanta.

¹¹⁰ Francis, D.P., Gregory, T., Mc Elarth, MJ.; Et. Al. (1998) "Advancing AIDSVAX for phase 3. Safety, immunogenicity and plans for phase 3" *AIDS Research and human retroviruses* 1998, vol. 14, SUP3 (154p.) (14ref.) 325-331.

¹¹¹ Monitoring the AIDS Pandemic MAP Network (June 1998) *The Status and Trends of the HIV/AIDS Epidemics in the World. Provisional Report*. MAP Network. Geneva.

medicamentos antirretrovirales por parte de Sudáfrica, en tanto que la OPS/OMS recomienda el tratamiento de las mujeres gestantes VIH positivas con *Nevirapina*.¹¹²

En el ámbito nacional, 1999 fue para Honduras un año de avances en el terreno de la respuesta política. La Secretaría de Salud lanza tres documentos que marcarían la pauta de su respuesta durante los próximos años: 1) El primer *Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el SIDA 1998-2001*,¹¹³ 2) las *Políticas Nacionales sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA*¹¹⁴, y 3) las *Políticas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva*.¹¹⁵

El solo planteamiento de tres documentos distintos para definir las políticas institucionales en dos temas tan íntimamente relacionados como *Salud Sexual y Reproductiva SSR* y *ETS/VIH/SIDA*, eran la pauta de la escisión en la respuesta desde la misma *Autoridad Sanitaria Nacional*, Secretaría de Salud, institución que, por ley, se encarga de marcar las políticas sanitarias a implementar en el país. Esta escisión, no solamente de tipo administrativo, sino más precisamente, conceptual, política y económica, sigue siendo hoy día uno de los principales problemas en la coordinación de una respuesta efectiva, aunado también a las disputas, que en el fuero interno se dan para la obtención y utilización de los fondos logrados a través de proyectos de cooperación externa. Esta situación, que se reflejaba ya en 1999, se recrudecería aún más en los años siguientes.

El año 1999 fue fructífero en Honduras también, por la promulgación, desde el Congreso Nacional, de la *Ley Especial de VIH/SIDA*, como Decreto No. 147-99 y publicada el 13 de noviembre de 1999.¹¹⁶ El logro de haber obtenido una Ley Especial en el tema de VIH/SIDA se debió fundamentalmente a las acciones de abogacía

¹¹² Guay LA, Musoke P, Fleming T, Bagenda D, Allen M, Nakabiito C et al." Intrapartum and neonatal singledose Nevirapine compared with Zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV in Kampala Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 1999; 354:795-802.

¹¹³ Secretaría de Salud (1999) Op. Cit.

¹¹⁴ Secretaría de Salud (1999) *Políticas Nacionales sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA*. Secretaría de Salud/ONUSIDA/OPS/OMS/UNAIDS. Tegucigalpa.

¹¹⁵ Secretaría de Salud (1999) *Políticas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva*. Secretaría de Salud. Tegucigalpa.

¹¹⁶ República de Honduras. (1999) *Ley Especial del VIH/SIDA*. Decreto N°. 147-99. Decreto N° 147-99 publicado en el *Diario oficial "La Gaceta" Número 29020*, el 13 de noviembre de 1999. Congreso Nacional de la República. Tegucigalpa, M.D.C.

política desarrolladas por las PVIH, que se comenzaban a organizar y que desarrollaron acciones afirmativas en defensa y reclamo de sus derechos.

Como corolario de los esfuerzos del país en el ámbito organizativo, en 1999, Honduras fue anfitrión del *Primer Congreso Centroamericano de ETS/VIH/SIDA o I CONCASIDA*, como serían conocidos los encuentros bianuales centroamericanos, en la ciudad de San Pedro Sula; organizado con el propósito de convertirse en espacio de la región centroamericana para la socialización de información científica, intercambio de experiencias, lecciones aprendidas, que conllevan al compromiso y la acción de las autoridades gubernamentales, sociedad civil, sector religioso y privado frente al VIH y SIDA. El evento fue un éxito en cuanto al número de participantes, nivel de los expositores invitados, calidad de los trabajos y sobre todo, por el papel que Honduras desempeñó como anfitrión y país con adelantos en la respuesta, por encima de algunos otros países de Centroamérica, a los que, no obstante llevaba también la delantera en la en la prevalencia de casos a la fecha.

El año 2000 implicó el lanzamiento a nivel mundial de una serie de medidas de respuesta ante problemas graves que afrontan grandes sectores de la población mundial, alrededor de los así llamados *Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM*, que consisten en una serie de metas a alcanzar, sobre todo en los países en desarrollo, en relación con una diversidad de problemas que éstos enfrentan para su supervivencia, educación, salud y aspectos relacionados con su calidad de vida. Los ODM fueron desprendidos de la *Declaración del Milenio*, formulada y aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su octava sesión plenaria del 8 de septiembre de 2000.¹¹⁷

Los ODM, si bien se definieron de manera general para reducir la pobreza y mejorar las vidas de las personas en los países más necesitados del mundo, varios de ellos se relacionan específicamente con la salud y de manera particular, para los propósitos de este estudio, el *Objetivo # 6: Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras*

¹¹⁷ Organización de las Naciones Unidas. (2000) *Declaración del Milenio. Resolución aprobada por la Asamblea General (A/55/L.2)* 8 de Septiembre de 2000. Nueva York.

enfermedades. Este objetivo concreto ha dado muestras de ser factible de lograr como indican los resultados que han tenido Brasil¹¹⁸ y Tailandia.¹¹⁹

En el año 2000 se celebra la XIII Conferencia Internacional sobre VIH por primera vez en un país en desarrollo, en Durban, Sudáfrica, región del mundo donde se concentraba en ese momento, el 70% de los casos de VIH/SIDA a nivel mundial, lo cual tuvo una significación especial, dado el giro que cobraron desde entonces las conferencias, al incluir de forma más legítima, no solamente a científicos y académicos, sino que comenzaban a participar de forma más consistente y vehemente, representantes de los grupos afectados, bajo el lema de la Conferencia “*Rompamos el silencio*”, agregando un tinte más social a las discusiones sobre el tema de VIH y SIDA, lo cual provocó que se ampliaran las temáticas a discutir en la conferencia.¹²⁰

En esta Conferencia y a convocatoria del presidente sudafricano Mbeki, se prestó voz a los científicos “disidentes” del SIDA, quienes venían afirmando que el SIDA no es una enfermedad provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana o VIH. Esta apertura no fue vista con buenos ojos por quienes, desde la IAS, habían sostenido lo contrario, basándose en una serie de estudios bio-médicos y clínicos que habían permitido el conocimiento del comportamiento de la enfermedad¹²¹

El aparente antagonismo que se dio en la Conferencia, permitió que se diera a conocer de forma “oficial” al VIH como causante del SIDA, discusión que, paradójicamente, no había tenido lugar de producirse en las conferencias precedentes. Esta situación aunada a la falta de asistencia de algunos científicos, provocó que los avances en el plano biomédico, básico y clínico, no cumplieran las expectativas generadas en otras conferencias anteriores. Pese a ello, algunas presentaciones mostraron los avances en algunas sustancias a utilizar en posibles vacunas contra el

¹¹⁸ De Cock, K. M., Foeller, M. G., Mercier, E. Et. Al. (2000) “Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource_Poor Countries. Traslating Research Into Policy and Practice.” *JAMA Vol. 283 N° 9, March 1, 2000*.

¹¹⁹ Ainsworth, M., & Teokul, W. (2000) “Breaking the silence: setting realistic priorities for AIDS control in less-developed countries.” *The Lancet Vol. 356, Issue 9223, 1 July 2000, pgs. 55-60*.

¹²⁰ Izazola, J.A., Ed. (2000) *XIII Conferencia Internacional sobre SIDA. Lecciones para América Latina y el Caribe*. Fundación Mexicana para la Salud/SIDALAC/ONUSIDA. México, D. F.

¹²¹ Avila, F. C. (2000) “Impacto económico de la epidemia por VIH/SIDA”. En: Izazola, J.A., Ed. (2000). Op. Cit.

VIH y, a pesar de las muestras de optimismo respecto a las posibilidades a futuro de contar con una vacuna eficaz, en ese momento los científicos no se atrevieron a pronosticar una fecha posible para tal hallazgo.¹²²

Por otro lado, en relación con los avances en el tratamiento del VIH/SIDA, las novedades presentadas en la XIII Conferencia del año 2000, apuntaron en la línea de reafirmar las bondades de los ARV, introducción de modificaciones en los esquemas de comienzo y ajuste de los tratamientos, cambiando la antigua directriz de “*empezar duro y temprano*” por la de “*cuando decidas [tratar] hazlo con un esquema muy potente*”; de esta manera no se dejaba lugar a los esquemas de tratamiento débiles.¹²³

Estas discusiones, aunadas a otras que reflejaban hallazgos efectivos en la respuesta de los pacientes positivos ante la combinación de tratamientos con varios medicamentos hizo surgir, en el entorno de la conferencia, las voces sobre la situación específica de los pacientes que viven en países con escasos recursos económicos para tener acceso a los tratamientos, tan complejos y costosos, así como las posibilidades de movilidad de los pacientes afectados que viven en regiones distantes a los lugares donde pueden recibir tratamiento. En dicha conferencia, fue poco lo que se trató respecto de los efectos secundarios de los tratamientos antirretrovirales y en relación con el tema de la resistencia a los medicamentos; solamente se dejó entrever que el tema era mucho más complejo de lo imaginado y que por tanto, la interpretación de los datos ameritaba de mayores estudios.¹²⁴

La realización de la XIII conferencia en el 2000 marcó el inicio para una visión más global y complementaria que se debe dar a la respuesta al VIH y SIDA ya que las discusiones respecto de los avances en los esquemas de tratamiento antirretroviral, se realizaban en el contexto de las posibilidades reales de poder llegar a lograr un acceso universal a los mismos. Por primera vez en ésta conferencia, se incluyó un área temática denominada *Derechos, políticas, compromisos y acción*, la cual permitió

¹²² Soto, L.E., (2000) “Ciencias básicas y clínicas”. En: Izazola, J.A., Ed. (2000). Op. Cit.

¹²³ Soto, L.E., (2000) Op. cit.

¹²⁴ Soto, L.E., (2000) Op. cit.

expresar muchas inquietudes de la comunidad que anteriormente no tuvieron cabida en las conferencias internacionales anteriores.¹²⁵

La conferencia marcó un hito también por el número de personas, representantes de la sociedad civil organizada de varios países de Latinoamérica, que pudieron asistir a la misma, debido a la posibilidad de optar a becas, parciales o totales, para costearse su transporte y estadía en Sudáfrica. La XIII Conferencia también fue el escenario para que comenzara a cobrar protagonismo en el tema de VIH y SIDA, el tema de *mujer y género*, posiblemente influido por la presentación de hallazgos en relación con la prevención de la transmisión madre-hijo, y por el hecho de que la transmisión heterosexual es la predominante en el contexto africano. A decir de algunos participantes, representantes del colectivo de PVIH, en ese momento aún persistía la costumbre negativa de gran parte de la comunidad científica, de considerar que sus planteamientos debían ser incuestionables, aún por otros sectores. Los activistas que viven con VIH y SIDA, podrían hacer los cuestionamientos, siempre y cuando fueran realizados de forma adecuada, utilizando herramientas de negociación y diálogo, con acciones multisectoriales y transdisciplinarias.¹²⁶

El foro comunitario de la conferencia analizó tres temas relacionados: *Desarrollo y seguridad humanos, Género y diversidad, y Tratamientos y atención*, proporcionando a los asistentes una visión panorámica sobre dichos temas en diferentes regiones del mundo, sensibilizando e informando; no obstante, algunos participantes fueron del criterio que hacían falta, como parte del planteamiento del foro comunitario, productos concretos que pudieran engranar un trabajo político a escala mundial, tendiente a la toma de decisiones que marcaran una diferencia en la visión de la comunidad ante el VIH y SIDA. Una de las reflexiones que se derivaron en ese momento fue que Latinoamérica debía renovar su discurso y sus acciones al acudir a eventos de tal magnitud con un trabajo mejor articulado y mejores posibilidades para tener impactos locales y regionales para la construcción de la respuesta comunitaria; en otras palabras, se habló de la necesidad de profesionalizar la respuesta

¹²⁵ Siqueiros, J. H., y García, C. (2000) "Durbán 2000, rompiendo el silencio: el punto de vista de algunos/as integrantes de la sociedad civil mexicana". En: Izazola, J.A., Ed. (2000). Op. Cit.

¹²⁶ Siqueiros, J. H., y García, C. (2000) Op. cit.

comunitaria en torno al tema del VIH/SIDA.¹²⁷ Dicha aseveración, calzaba con las condiciones que se desarrollaban en ese momento en Honduras.

En 2000 comienzan también a escucharse, por parte del Gobierno de los Estados Unidos, voces de alarma sobre la amenaza a la seguridad nacional que representaba el SIDA, así como el reconocimiento del *Grupo de los Ocho*, que aglutina a los países más industrializados del mundo, en el sentido de la urgente necesidad de asignar más fondos para la respuesta ante el VIH y SIDA a nivel mundial.¹²⁸ Las cifras reportadas por ONUSIDA en el informe del año 2000 fueron de 34.3 millones de personas viviendo con VIH y SIDA en el mundo, de las cuales 1.3 millones correspondía a menores de edad; igualmente reportó la muerte de 18.8 millones de personas y se estimó en 13.2 millones el número de huérfanos por causa del SIDA desde el comienzo de la epidemia, sobre todo en África.¹²⁹ Ese mismo año también se lanzan los lineamientos de la OPS para la *atención integral de las personas que viven con VIH/SIDA en las Américas*, los cuales adoptan la estrategia *Construyendo Paso a Paso*, que plantea el avance hacia el desarrollo de servicios apropiados para satisfacer las necesidades de atención en VIH y SIDA con una visión gradual y progresiva.¹³⁰

Igualmente significativos resultarían, para el avance en la respuesta mundial, los acontecimientos que alrededor del tema del VIH y SIDA se darían durante el año 2001. El más importante de todos lo constituyó la celebración de la primera *Sesión Especial de la Asamblea de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA*, mejor conocida como *UNGASS*, por sus siglas en inglés; realizada en la ciudad de Nueva York, del 25 al 27 de julio de 2001, producto de la cual se emitió una *Declaración*, que marcó la pauta para un nuevo capítulo en la respuesta mundial ante el VIH/SIDA.¹³¹

La Declaración se basó en el hecho del reconocimiento de una *crisis mundial* que demandaba una *acción mundial*, por lo que el Secretario General de las Naciones

¹²⁷ Siqueiros, J. H., y García, C. (2000) Op. cit.

¹²⁸ Banco Mundial (2005) Op. Cit.

¹²⁹ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2000) *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. UNAIDS. Geneva.

¹³⁰ Organización Panamericana de la Salud (2000) *Atención integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas que viven con VIH/SIDA en las Américas*. OPS/OMS/ONUSIDA/IAPAC. Washington.

¹³¹ United Nations. (2001) *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001. New York.

Unidas, Kofi Annan, manifestó en las palabras de presentación, que las prioridades se centraban en: 1) *aseguramiento de que la juventud debe saber cómo evitar el contagio por VIH*; 2) *detener la forma más trágica de transmisión: de madre a hijo/a*; 3) *proporcionar tratamiento a todas las personas infectadas*; 4) *redoblar los esfuerzos en investigación para disponer de una vacuna y de cura al VIH/SIDA*; y 5) *proporcionar cuidado a todas las personas cuyas vidas han sido devastadas por el SIDA, principalmente a los 13 millones de huérfanos*, contabilizados en ese momento.¹³²

Muchas de las acciones que a partir de entonces se han dado, por parte de los gobiernos, así como de las agencias multilaterales y otro tipo de organizaciones en el tema de VIH y SIDA se han fundamentado en los cinco principios mencionados, los que siguen aún hoy día teniendo plena vigencia.

El otro evento de similar envergadura, acontecido en 2001 fue el establecimiento del *Fondo Global para la Lucha de la Tuberculosis, SIDA y Malaria*, mejor conocido como *Fondo Global*. El Fondo Global surge de una idea inspirada por la conciencia cada vez mayor, entre los líderes de los países en desarrollo, líderes del G8, así como de los líderes de países africanos, en sendas reuniones, verificadas en Okinawa en 2000 y Abuja, Nigeria en abril de 2001. En esta última, el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, instó a la creación de un fondo mundial para la canalización de recursos adicionales en el combate a las tres enfermedades, la cual se conoce como la *Declaración de Abuja*, en la cual se declara al continente africano en “*estado de emergencia por el SIDA*”. Igualmente en la declaración se establecen compromisos, como líderes de sus respectivas naciones, para tomar acciones inmediatas, incluyendo la solicitud a los países y agencias donantes, de más apoyo para la respuesta al VIH/SIDA y la Tuberculosis.¹³³

Posteriormente, en julio de 2001, en la sesión de UNGASS, los países miembros ratificaron dicho compromiso, estableciéndose primeramente un grupo de transición para la definición de la estructura y funcionalidad que debería tener el *Fondo Global*, el cual se conformó con representantes de países en desarrollo, países donantes, ONG's, el sector privado y las agencias del sistema de Naciones Unidas; reuniéndose en tres oportunidades, en octubre, noviembre y diciembre de 2001, dando

¹³² Idem.

¹³³ Organization of African Unity OAU (2001) *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases*. OAU/SPS/ABUJA/3. African Summit on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Diseases. Abuja, Nigeria. 24-27 April 2001.

como producto, los aspectos generales del funcionamiento interno, así como los criterios a considerar para los potenciales países elegibles a los fondos, en los aspectos técnicos, fiduciarios y legales. En la tercera reunión también se definió la composición de la *Junta Directiva (Board of Directors)*. La definición de esa junta incluyó a los principales países del G-8 y representantes de los países en desarrollo por región; Latinoamérica quedaría representada por Brasil.¹³⁴

En medio de las tres reuniones realizadas por el grupo de transición, se efectuó también una ronda de consultas, a nivel mundial, con varios sectores relacionados con el tema de VIH y SIDA y el financiamiento, como los gobiernos de países de las regiones de África, Asia y Latinoamérica; así como de los países de la Commonwealth británica. Entre los sectores consultados figuraron las organizaciones no gubernamentales, y de la sociedad civil, el sector privado y la academia, en busca de ilustración y consenso sobre la forma de operar del Fondo.¹³⁵

El otro hito que marcó un cambio en la pauta de la respuesta mundial ante el VIH y SIDA fue la promulgación, por la *Organización Mundial del Comercio OMC*, de la así llamada *Declaración de Doha*, adoptada el 14 de noviembre de 2001, en la cual se establecen acuerdos de negociación entre los países, incluyendo los llamados *TRIPS*, por sus siglas en inglés para el *Acuerdo sobre Aspectos Relacionados con el Comercio sobre la Propiedad Intelectual*, el cual tendría una repercusión directa sobre el tema de medicamentos, concretamente sobre los antirretrovirales adquiridos por los países en desarrollo.¹³⁶

En el terreno clínico, algunos avances en relación con el acceso al tratamiento, a los cuales llegó una reunión de expertos internacionales, realizada en junio de 2001, concluía que, para ese momento, la provisión de terapia antirretroviral, como parte de la *atención integral*, se estaba convirtiendo rápidamente en una realidad en varios países, pero presentaba una situación diferente, respecto de su posibilidad, en los países en desarrollo. A pesar de ello, seguían sin dilucidarse una serie de situaciones

¹³⁴ Transitional Working Group. (2001) *Final report* Third Meeting of the Transitional Working Group to establish a Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. December 13-14, 2001. Brussels.

¹³⁵ Global Fund *Grupo de Trabajo transicional-Junta directiva-Estructuras principales*. Disponible en: <http://www.theglobalfund.org/es/twg>

¹³⁶ World Trade Organization WTO. (2001) *Ministerial Declaration adopted on 14 November 2001*. Ministerial Conference Fourth Session. Doha, 9-14 November 2001.

respecto de la implementación de esquemas de tratamiento, respecto de su efectividad y costo-eficiencia, por lo que debía continuarse con investigaciones biomédicas que desarrollaran estudios clínicos, que permitieran un mejor conocimiento sobre los nuevos medicamentos, sus posibilidades de combinación y nivel de toxicidad; considerando también aspectos de resultados sobre la carga viral y las posibles resistencias a dichos medicamentos. De igual manera, se urgía a identificar y diseminar las mejores prácticas para su aprovechamiento en diferentes situaciones epidemiológicas.¹³⁷

Otros de los sucesos importantes en el tema de VIH y SIDA en el año 2001 fueron, en el campo de los medicamentos antirretrovirales, la oferta realizada por la compañía farmacéutica india CIPLA, de ofrecer medicamentos antirretrovirales a precios reducidos a la organización sin fines de lucro *Médicos sin Fronteras*, conocida por la labor realizada en la atención al VIH y SIDA en los países de escasos recursos económicos.¹³⁸ Con el tiempo, los laboratorios farmacéuticos de la India, jugarían un papel importante en la respuesta para el acceso a medicamentos antirretrovirales en los países en desarrollo. En el ámbito centroamericano, se realiza el *II CONCASIDA* en la ciudad de Guatemala, con la asistencia de científicos y representantes de instituciones y organizaciones trabajando en el tema; así como de representantes de los PVIH de la región.

En el año 2002, los *CDC de Atlanta*, crearon el *Programa Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, GAP*, por sus siglas en inglés, como medida para apoyar los esfuerzos del Banco Mundial para con los países en desarrollo, en sus iniciativas para hacer frente a la pandemia de VIH y SIDA desde una perspectiva integral, incluyendo diversos sectores, como el de educación, y poniendo un mayor énfasis en medidas de protección social hacia las poblaciones vulnerables.

Como *Programa Mundial*, una de sus principales labores ha sido la de coordinar las actividades de vigilancia y evaluación de los esfuerzos realizados a nivel mundial por los miembros del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. La estrategia que ha venido utilizando el CDC a través del GAP, es la de

¹³⁷ Van Dam, J. & Hutchinson, S. (2002) *Access to Treatment for HIV/AIDS. Report of a Meeting of International Experts. 12-13 June 2001 Washington, D.C.* The Population Council. New York.

¹³⁸ Banco Mundial (2005) Op. Cit.

designar a científicos altamente especializados, para que trabajen hombro a hombro con los Ministerios de Salud y con otros socios clave en más de 35 países alrededor del mundo en las áreas de vigilancia epidemiológica, fortalecimiento de la capacidad laboratorial, y otros temas, a través de apoyo técnico y financiero.

Uno de los mayores beneficios que Honduras obtuvo en el momento de la creación de este programa, fue la de tener oportunidad de acceder a la información y a la asistencia técnica disponible para los países de menores recursos, tanto técnicos como económicos, que le permitieron también ir fortaleciendo las capacidades del recurso humano nacional.

Durante el año 2002 también comienza a operar el *Fondo Global*, a partir del mes de enero, concebido con el propósito de:

“...atraer, manejar y desembolsar recursos adicionales a través de un nuevo socio público-privado que hará una contribución significativa y sostenible a la reducción de las infecciones, enfermedad y muerte, mitigando, así, el impacto causado por el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria en los países necesitados, y contribuyendo a la reducción de la pobreza, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.”¹³⁹

El advenimiento del Fondo Global para Honduras ha significado muchas cosas para el estado de la epidemia de VIH y SIDA, y de la respuesta nacional ante la misma, considerando los resultados derivados del acceso a fondos que se dio en a partir del año 2002; pero sobre todo, por los procesos que se desencadenaron alrededor de este hecho, desde los tres sectores involucrados: *gobierno, sociedad civil* y las *agencias bilaterales y multilaterales*, mismos que se analizan en capítulos subsiguientes.

El año 2002 fue también la realización de la *XIV Conferencia Internacional sobre SIDA*, esta vez en Barcelona, España, del 7 al 12 de julio, bajo el lema “*Conocimiento y Compromiso para la Acción*”. El foco de la conferencia, por el tipo de trabajos presentados y las acciones realizadas desde los grupos de sociedad civil organizada, giró alrededor de los medicamentos antiretrovirales. Las presentaciones realizadas tocaron toda la gama de temas relacionados con el tratamiento: *acceso, estrategias para la reducción de precios en los ARV, efectos de los ARV en mujeres*

¹³⁹ The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. (2001) *The Framework Document of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*. Disponible en: http://www.theglobalfund.org/documents/TGF_Framework.pdf

*VIH positivas gestantes, interacciones medicamentosas, mecanismos para garantizar la adherencia, momentos y procedimientos para el inicio de la terapia ARV, aspectos relacionados con los disturbios metabólicos, aspectos relacionados con toxicidad y tolerancia a los ARV, interrupción del tratamiento, resistencia a la terapia ARV, terapia de rescate con ARV, efectos adversos a largo plazo, que se dieron dentro del grupo de presentaciones clínicas.*¹⁴⁰

Por su parte, los mensajes *preventivos y sociales* de la conferencia, fueron:

“1) El VIH/SIDA es una emergencia mundial con efectos de largo alcance... 2) Se necesita una acción inmediata para prevenir una mayor catástrofe...3) Se requiere con urgencia, la implementación de los compromisos adoptados en la sesión de UNGASS en junio de 2001...4) Los compromisos adoptados en la sesión de UNGASS renuevan las oportunidades de acción...5) El conocimiento debe ser utilizado para transformar el compromiso en acción...6) Se requiere de un esfuerzo unificado...7) El descenso en el impacto al VIH/SIDA depende de una prevención efectiva...8) El acceso a atención y tratamiento debe estar disponible para todas las PVIH...9) La exclusión social está en la raíz de la vulnerabilidad ante el VIH”¹⁴¹

En síntesis, la tónica de la XIV Conferencia se centró en hacer disponible el tratamiento y recuperar el énfasis en la prevención a través de acciones conjuntas, amparadas en los compromisos de la sesión de UNGASS del 2001.

A nivel programático, los países tendieron a adoptar en el 2002, los lineamientos y directrices que publicó la OMS para proporcionar medicamentos antirretrovirales, incluyendo un listado de medicamentos esenciales a ser utilizados en los países con escasos recursos. Este documento se basó en las recomendaciones de un grupo consultor de OPS sobre el tema, publicado el año anterior, y sirvió de pauta para los recientemente iniciados tratamientos ARV en Honduras.¹⁴²

Las cifras publicadas por ONUSIDA en su informe del año 2002, reportaban una cifra de 40 millones de personas infectadas en el mundo; 3 millones correspondían a menores de 15 años. Las infecciones ocurridas en el año anterior ascendieron a 5 millones, 800,000 de las cuales eran menores de 15 años; y el

¹⁴⁰ XIV International AIDS Conference. (2002) *Pocket Program*. July 7-12. Barcelona.

¹⁴¹ International AIDS Society IAS (2002) “Key Conference Messages” *Abstracts-On-Disk*. XIV International AIDS Conference. July 7-12. Barcelona

¹⁴² Organización Mundial de la Salud (2002) *Expansión del tratamiento antirretroviral en los entornos con recursos limitados. Directrices para un enfoque de Salud Pública*. OMS. Ginebra.

número de huérfanos de uno o ambos padres por causas del SIDA, alcanzó los 14 millones. La razón hombre-mujer en ese momento era casi exactamente de 1:1¹⁴³

El año 2002 significó para Honduras un año de corte para evaluar la respuesta al VIH y SIDA al concluir el primer PENSIDA y prepararse para la construcción del segundo, lo cual permitió reflexionar sobre diferentes aspectos de la *situación* y la *respuesta*, como solicitaba la Guía de Planificación promocionada por ONUSIDA.¹⁴⁴ Con dicho propósito, la Secretaría de Salud, en su rol de *Autoridad Sanitaria Nacional*, en conjunto con la representación nacional de ONUSIDA, encargó a una firma consultora nacional, la elaboración del documento “*Análisis de la Situación y de la Respuesta Nacional en VIH/SIDA en Honduras*”, teniendo como objetivos: a) el análisis de los factores que favorecieron la diseminación de la enfermedad y b) de la respuesta que el país ha dado a la misma durante el período 1998-2001.¹⁴⁵

El entendimiento de *análisis de situación* fue la contextualización social, económica y cultural del país, identificando los grupos afectados y vulnerables, las razones de los hechos y los obstáculos para cambiarla. El *análisis de respuesta*, se entendió como la revisión de la reacción gubernamental y no-gubernamental ante la pandemia, considerando hasta dónde se había logrado enfrentar las raíces del problema, identificando obstáculos y oportunidades de cambio. Las principales conclusiones de dicho análisis, apuntaban que:

“El problema del VIH/SIDA se debe abordar desde una óptica multidisciplinaria...La respuesta al VIH/SIDA debe orientarse a la reducción de la vulnerabilidad...La pobreza, especialmente la educativa, es la mayor vulnerabilidad del país frente al VIH/SIDA...Los vicios de la administración pública pueden entorpecer la mejor de las estrategias...La estrategia de focalización en grupos nodales demanda revisión...Balancear la asistencia y la prevención...La respuesta debe comprometer a la nación entera...Enfoque e implementación deben someterse a monitoreo y evaluación continuos.”¹⁴⁶

¹⁴³ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2002) *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. UNAIDS July 2002. Geneva.

¹⁴⁴ ONUSIDA. (1998) *Guía para la planificación estratégica de una respuesta nacional al VIH/SIDA. Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas*. ONUSIDA Ginebra.

¹⁴⁵ ESA Consultores. (2002) *Análisis de la Situación y de la Respuesta Nacional en VIH/SIDA en Honduras. Informe Final*. Documento elaborado a solicitud de la Secretaría de Salud y ONUSIDA. Tegucigalpa.

¹⁴⁶ ESA Consultores. (2002) Op cit. p. 135-136.

Durante el mes de marzo de 2002, Honduras también presenta, ante las autoridades del Fondo Global, su primera propuesta para aplicar a fondos no reembolsables para las tres patologías: Tuberculosis, VIH/SIDA y Malaria, siendo aprobada en los meses de agosto y septiembre de ese mismo año; es decir, sin tomar en consideración los aspectos estudiados y planteados en el documento de *Análisis de la Situación y de la Respuesta Nacional en VIH/SIDA en Honduras*, lo cual marcaría la tónica de la respuesta durante los siguientes años.

Los detalles de este proceso técnico-político se analizarán en otro capítulo, más adelante, al revisar los *agentes e iniciativas en el tema de VIH/SIDA*, respectivamente. Paradójicamente, a diez años del informe de *Análisis de la Situación y de la Respuesta Nacional*, las conclusiones siguen plenamente vigentes, ya que no se consideraron tampoco en la implementación del segundo plan estratégico II PENSIDA 2003-2007.

En el año 2003, el Gobierno de los Estados Unidos, bajo la administración del presidente George W. Bush, lanza el *Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA, PEPFAR*, por sus siglas en inglés. Esta iniciativa fue anunciada como “...el compromiso más grande que nación alguna haya lanzado para el combate del VIH/SIDA.”, siendo su propósito principal, el...

“...desarrollo una estrategia mundial, integral, quinquenal, para combatir el VIH/SIDA, que le permita a los Estados Unidos, ser un líder efectivo a nivel mundial contra el VIH/SIDA”.¹⁴⁷

Los objetivos principales de la *Iniciativa PEPFAR* fueron encaminados hacia un enfoque multisectorial, con énfasis hacia las necesidades de las familias y la niñez, incluyendo la prevención de la transmisión madre-hijo(a), mujeres y jóvenes, y la niñez desamparada o infectada.¹⁴⁸ Dicho plan contó con una inversión de \$ 15 millones para un período de cinco años.

En el año 2003 también comienzan a darse señales políticas sobre la importancia que el tema del VIH y SIDA iba cobrando en países como Rusia y China,

¹⁴⁷ Acta Legislativa de la Unión Americana. (2003) *Public Law 108-25- MAY 27, 2003*

¹⁴⁸ Acta Legislativa de la Unión Americana (2003) Op. cit.

al incluir la mención del tema y asistir a actos públicos para el *Día Mundial del SIDA*, celebrado anualmente los días 1 de diciembre.¹⁴⁹

Ese mismo año, la OMS declara que la falta de tratamiento para más de 6 millones de personas, se convierte en una emergencia mundial, al tiempo que la *Fundación Clinton* anuncia la reducción del precio de medicamentos genéricos para el VIH/SIDA.¹⁵⁰ Para finales del año 2003, ONUSIDA reportaba un número estimado de 38 millones de personas infectadas alrededor del mundo, 4,8 de ellas ocurridas en 2003; el número de defunciones en ese mismo año debido al SIDA, se reportaba en 2,9 millones, totalizando 20 millones desde el inicio de la epidemia.¹⁵¹

Los resultados a nivel mundial sobre las pruebas de vacunas, que se esperaban para el año 2003, fueron, en palabras de Jon Cohen “*desalentadores y confusos*”, debido a las variaciones que se producían en los efectos entre participantes pertenecientes a diferentes grupos raciales.¹⁵² Estos resultados, marcarían la necesidad de redoblar los esfuerzos, no solamente en el tema específico de las vacunas, sino de las herramientas tecnológicas ya disponibles en ese momento.

En la región centroamericana, se realiza por tercera vez el encuentro regional denominado *III CONCASIDA*, aglutinando a científicos, trabajadores en el tema de VIH y SIDA, organizaciones de sociedad civil y las propias PVIH; ésta vez en la Ciudad de Panamá, donde se realizó previamente el *Segundo Foro Comunitario de Organizaciones de la Sociedad Civil*, donde se pudo discutir sobre los avances y limitaciones del las PVIH, en relación al tema de acceso a medicamentos, estrategias preventivas y respeto a los *Derechos Humanos*.

En el año 2003 Honduras, por primera vez, debió dar cuenta de la respuesta nacional en VIH/SIDA, ante la *Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas*, que se desarrolló, como mecanismo de seguimiento de lo acordado en 2001 en la sesión de *UNGASS*. En este informe, el país da cuenta de la situación a

¹⁴⁹ Agence France-Presse. *Chinesse Premier in Landmark Meeting with AIDS Patients*. 1 de Diciembre de 2003

¹⁵⁰ Banco Mundial (2005) Op.Cit.

¹⁵¹ Joint of United Nations Programme (2004) HIV/AIDS UNAIDS (2004) *2004 Report on the global AIDS epidemic. 4th global report*. UNAIDS. Geneva.

¹⁵² Cohen, J. (2003) “AIDS Vaccine Trials Produces Disappointment and Confusion.” *Science* 28 February 2003. Vol. 299. no. 5611, pp. 1290 - 1291

través de la Secretaría de Salud, alrededor de una serie de indicadores, que revelan avances en relación con acciones de compromiso y acción de las autoridades gubernamentales; pero que al mismo tiempo, muestran debilidades en la respuesta preventiva y de acceso al tratamiento; ambos indicadores menores al 5% de cobertura. Igualmente, los indicadores de impacto se reportan sumamente bajos, entre 1.4% y 20.5%.¹⁵³

De 2004 a 2008: Las tendencias hacia la armonización

En mayo de 2004, la OMS, publica un análisis del grado en que la población infectada con VIH está teniendo acceso a tratamiento antirretroviral, mostrando cifras tan dispares, como inequitativas, entre un 2% de cobertura en los países de África y un 84% de acceso, en los países de la región de las Américas, influida fuertemente ésta última por los países del hemisferio norte. Basándose en ello, la OMS anuncia la iniciativa *“Tratar a Tres Millones de Personas para el 2005” (Scaling-Up of Treatment within a comprehensive response to HIV/AIDS)*, conocida comúnmente como “3 X 5”, cuyo objetivo es *“...contribuir...a prolongar la supervivencia...avanzando hacia...acceso universal a los antirretroviricos para las personas necesitadas”*. Para lograr dicho propósito, se estableció la meta:

“Antes de que finalice 2005, en los países en desarrollo, tres millones de personas que reúnan condiciones necesarias estarán recibiendo el tratamiento...que precisan.”¹⁵⁴

El lanzamiento de esta estrategia, aunado a la presencia del Fondo Global en muchos países del mundo, marcaría pautas de respuesta que serían tomadas en consideración por las instituciones y organizaciones encargadas de organizar y desarrollar las respuestas nacionales, así como también en los niveles de involucramiento, participación y petición de cuentas de parte de la sociedad civil organizada, sobre todo de las PVIH.

¹⁵³ República de Honduras (2003) *Honduras: Progress Report on Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Prepared for United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. Tegucigalpa.

¹⁵⁴ Organización Mundial de la Salud (2004) *Iniciativa Tres Millones para 2005. Tratar a 3 millones de personas para 2005: cómo hacerlo realidad: la estrategia de la OMS*. OMS. Ginebra.

Para dicho año, los avances realizados en cuanto a la respuesta ante el VIH/SIDA en Brasil, contemplaban, un acuerdo con las compañías farmacéuticas para reducir el precio de los medicamentos contra el SIDA, en una tercera parte, y poder así cubrir con su meta en 2005 de “...*promover mejoría de la calidad de vida, disminución de la mortalidad y economía para el erario público.*”¹⁵⁵

Un hecho importante acontecido el año 2004 fue la creación, por parte de ONUSIDA, de la *Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA*, con el propósito de dar respuesta a la creciente *feminización de la epidemia* que se había venido advirtiendo a lo largo de los años y, sobre todo, por la preocupación existente de que las políticas hasta entonces en marcha, no estaban abordando los aspectos medulares sobre las necesidades de la mujer; tanto en lo concerniente a los factores que condicionan la propagación de la epidemia, como a las acciones necesarias en respuesta a la misma.

Las áreas de trabajo fundamentales de la coalición se centraron en: 1) *prevenir nuevas infecciones*; 2) *promover el acceso a la atención en condiciones de igualdad*; 3) *asegurar el acceso universal a la educación*; 4) *garantizar los derechos de sucesión y propiedad de la mujer*; 5) *reducir la violencia hacia la mujer*; 6) *asegurar que el trabajo de atención prestado por la mujer reciba adecuado apoyo*; 7) *impulsar investigaciones para tecnologías de prevención al VIH controlados por la mujer*; y 8) *promover el liderazgo de la mujer en la respuesta al SIDA.*¹⁵⁶

También en el año 2004, en el marco de la *XV Conferencia Internacional de SIDA*, realizada en Bangkok, Tailandia, comienza a exacerbarse mundialmente la disputa técnico-moral sobre el grado de eficacia y las consideraciones éticas alrededor de las principales estrategias preventivas, denominadas *ABC*, por sus siglas en inglés, para *abstinencia, fidelidad y uso del condón*, y la llamada *CNN*, por sus siglas en inglés para *condón, intercambio de jeringas y negociación*. La controversia se genera porque se reportan en Tailandia cifras de descenso en el contagio por VIH/SIDA entre trabajadores y trabajadoras sexuales y sus clientes; pero por otro lado, los estudios son desacreditados por considerar que metodológicamente no son concluyentes, mientras que otros estudios desacreditan la eficacia de los condones para la

¹⁵⁵ Ministerio de Salud. (2005) *Reposta + 2005 Experiencias do Programa Brasileiro de AIDS*. Presidencia da República Federativa do Brasil. Brasília.

¹⁵⁶ Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA (2004) *Mantener la promesa: Un plan de acción sobre la mujer y el SIDA*. ONUSIDA. <http://www.womenandaids.unaids.org>

prevención del VIH y SIDA; todo lo cual complica la toma de decisiones respecto a las estrategias preventivas.¹⁵⁷

Honduras no ha sido la excepción respecto a las posiciones institucionales hacia la promoción de la utilización del condón, como ha sido el caso de la Secretaría de Educación, que ha ejecutado de manera escasa, hasta la fecha, su mandato de desarrollar acciones preventivas con los grupos de población escolarizados, según se lo demanda la *Ley Especial del VIH/SIDA* en su artículo 13.¹⁵⁸

La XV Conferencia de Bangkok aportó, además de la controversia sobre las estrategias preventivas, algunas novedades programáticas y de resultados, como ser una mayor coordinación con el gobierno anfitrión y el concepto de un programa unificado, que permitió flexibilizar los contenidos en función de los intereses y expectativas de los asistentes. No obstante que el foco de interés, por razones obvias, se mantuvo en Asia, se pudo llegar a conclusiones globales, en términos del informe de la conferencia, “*One size does not fit all*”, en alusión al hecho de que en el tema de VIH y SIDA no hay recetas generales y simples, sino que las condiciones y necesidades de cada país deben guiar sus planes de respuesta.¹⁵⁹

En la XV Conferencia pudieron conocerse los avances en estrategias preventivas y medidas de política practicadas en muchos países, así como apreciarse los efectos de las contribuciones de los actores que en los últimos años habían entrado en escena: *Fondo Global*, la *Iniciativa PEPFAR*, y los esfuerzos hasta ese momento desplegados a través de la estrategia 3x5 de la OMS; todo lo cual, no obstante la crítica de ciertos participantes, sobre la preeminencia de la *política sobre la ciencia*, permitió analizar que, a pesar de que los científicos habían tenido hasta ese momento un buen entendimiento de cómo prevenir la transmisión por más de 15 años y de que los medicamentos ARV habían estado disponibles para muchos países en desarrollo por más de ocho años; aún el VIH continuaba propagándose de manera

¹⁵⁷ Sinding, S. (2005) Does 'CNN' (Condoms, Needles, Negotiation) Work Better than 'ABC' (Abstinence, Being Faithful and Condom Use) in Attacking the AIDS Epidemic?" Viewpoint: *International Family Planning Perspectives*. Volume 31, Number 1, March 2005.

¹⁵⁸ Congreso Nacional de la República. (1999) Op. Cit.

¹⁵⁹ International AIDS Society (2004) *Report on the XV International AIDS Conference*. 11-16 July 2004. Bangkok, Thailand.

expansiva, mientras que menos del 10% de las PVIH que requerían tratamiento, en realidad lo recibían.¹⁶⁰

Para 2004, en el ámbito de la respuesta nacional, la Secretaría de Salud, con el apoyo técnico del proyecto POLICY de USAID, publicaron un documento de análisis de situación denominado “*VIH/SIDA en Honduras. Antecedentes, proyecciones, impacto e intervenciones*”,¹⁶¹ así como otro documento de análisis de respuesta denominado “*Evaluación del impacto del Segundo Plan Estratégico Nacional (PENSIDA II)*”¹⁶², para estimar la cobertura, identificar las metas alcanzables y determinar si los recursos disponibles eran suficientes para revertir la diseminación del VIH.

Igualmente en el 2004, y como parte de las acciones de alineamiento y armonización que se estaban demandando a nivel mundial, también surgieron exigencias para ponerlas en ejecución en el ámbito nacional. Es así como en el país se demanda de una propuesta conjunta, que fue denominada *mancomunada*, cuando se solicitó acceder a fondos del *Fondo Global*, para la cual se conjuntaron una serie de organizaciones aglutinadas en el *Foro Nacional de SIDA*, así como varias de las ONG’s más fuertes en el país, debido a sus vínculos con organizaciones internacionales, para la elaboración de dicha propuesta. Esta no llegó a concretarse, debido a que se argumentó conflicto de intereses entre los participantes en el proyecto, por parte del Fondo Global.

En el año 2005 ONUSIDA, en un esfuerzo por capitalizar las *mejores prácticas* de algunos países en sus esfuerzos de lograr respuestas eficientes al VIH/SIDA mundialmente, lanzó su estrategia de los “*Tres Unos*”, encaminada a lograr: “...una estrategia nacional de respuesta ante el SIDA, una sola autoridad nacional, y un solo sistema de monitoreo y evaluación a la estrategia de respuesta...”, como lineamiento para mejorar la respuesta a nivel de país. Se proponía, con esta estrategia, propiciar el debate entre todos los involucrados: representantes de gobierno; agencias bilaterales y multilaterales donantes; organizaciones no gubernamentales, nacionales e

¹⁶⁰ International AIDS Society (2004) Op. cit.

¹⁶¹ Secretaría de Salud y Proyecto POLICY (2004) *VIH/SIDA en Honduras. Antecedentes, proyecciones, impacto e intervenciones*. Secretaría de Salud. Tegucigalpa.

¹⁶² Secretaría de Salud y Proyecto POLICY (2004) *Evaluación del impacto del Segundo Plan Estratégico Nacional (PENSIDA II)* Secretaría de Salud. Tegucigalpa.

internacionales; y la sociedad civil; para hacer el uso óptimo, de manera individual y colectiva, de los limitados recursos disponibles para mejorar la respuesta a la epidemia del SIDA y acelerar el progreso hacia el logro de los ODM.¹⁶³

Esta estrategia, tendría efectos particularmente positivos en Honduras, debido las necesidades de armonización interna en la respuesta, que no se habían podido lograr a la fecha, y que vendrían a impulsar, las necesarias acciones de coordinación entre entes institucionales, sectoriales e intersectoriales. No obstante dichos esfuerzos, complicaciones técnicas y políticas siguieron impidiendo la ansiada armonización y eficacia en la respuesta.

Para 2005, cobraban un auge cada vez mayor, tanto a nivel internacional, como nacional, los temas de *Derechos Humanos de las PVIH*, incluyendo *estigma y discriminación*, y el de *niñez huérfana por el VIH/SIDA*. Ambos temas se hacían sentir en las acciones y movilizaciones que realizaban los representantes de ONG trabajando en el tema de VIH/SIDA, como de las propias PVIH, quienes a lo largo de los años habían venido refinando sus métodos de participación y acción, desde los años en que se llamaba la atención a través de protestas, hasta los cada vez mayores y mejores niveles de participación; causa y producto a la vez, del creciente empoderamiento que venían desarrollando.

En un nuevo encuentro, en París, entre febrero y marzo del 2005, ésta vez para la realización de un Foro de Alto Nivel, bajo los lemas “*Progreso Conjunto hacia el Fortalecimiento de la Efectividad de la Ayuda*” y “*Armonización, Alineación, Resultados*”; y con la participación de ministros de los países desarrollados y en desarrollo, se emitió una *Declaración para la Efectividad de la Ayuda: Apropiación, Armonización, Alineamiento, Resultados y Responsabilidad Mutua*¹⁶⁴, en la cual se definieron las estrategias a seguir en el ámbito mundial y en la relación entre los países desarrollados y donantes, con aquellos países en desarrollo receptores de la cooperación; con el propósito conjunto de realizar esfuerzos coordinados para potenciar, armonizar y responsabilizarse de la mejor utilización de los fondos de la respuesta nacional al VIH y SIDA.

¹⁶³ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2005) *The “Three Ones” in action: where we are and where we go from here*. UNAIDS. Geneva.

¹⁶⁴ Paris Declaration on Aid Effectiveness: *Ownership, Harmonization, Alignment, Results and Mutual Accountability*. (2005) High Level Forum. February 28 – March, 2, 2005. Paris.

Producto de estas tendencias en las prioridades temáticas sobre *alineamiento y armonización*, así como sobre el tema del *respeto a los derechos de las PVIH*, tanto a nivel internacional, como nacional, en 2005 surgen, desde ONUSIDA, organismos *ad hoc*, encargados de llevar a la práctica las estrategias de alineamiento y armonización: el *Grupo de Tarea Global* o *Global Task Team GTT*, y el *GIST* o *Global Implementation Task Team*; el primero, creado como ente catalizador de la *Estrategia de los “Tres Unos”*, en tanto que el GIST, se concibe como un grupo técnico de élite en el tema de SIDA, cuya misión es:

“Mejorar el alineamiento financiero de los donantes y provisosores de apoyo técnico; y coordinar el apoyo técnico para el abordaje de los cuellos de botella en la implementación y ayudar a ‘hacer que el dinero trabaje’ en el país”.¹⁶⁵

También en dicho año se publican algunos informes que dan cuenta del nivel de avance en el respeto a los derechos de las PVIH de parte de organizaciones trabajando en el tema de *Derechos Humanos*. Igualmente, el Banco Mundial publica su *Programa de Acción Mundial en VIH/SIDA*¹⁶⁶.

En la ciudad de San Salvador, capital de El Salvador, se realizó en noviembre de 2005, el *IV CONCASIDA*, que se desarrolló en forma paralela con el *IV Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA e ITS*. En dicho evento se discutieron varios temas de actualidad, como los de *acceso y adherencia a tratamiento antirretroviral*; *innovaciones en los abordajes preventivos*; y de especial manera, los esfuerzos realizados desde las organizaciones de sociedad civil para convertirse en interlocutores legítimos ante las organizaciones gubernamentales y agencias multilaterales, con el propósito de participar en la toma de decisiones, en relación con las respuestas nacionales ante el VIH y SIDA en sus respectivos países.

Uno de los aspectos interesantes que fue objeto de discusión en las sesiones del *IV CONCASIDA*, se refiere a la socialización y abogacía por una de las estrategias de ONUSIDA, encaminada a reforzar los esfuerzos de cooperación y transferencia tecnológica, la del *Centro de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/SIDA*, con sede

¹⁶⁵ UNAIDS/WHO (2006) The Global Implementation Support Team (GIST). *Coordinating UN action and provision of technical support for accelerating HIV/AIDS responses in countries*. UNAIDS Geneva.

¹⁶⁶ International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank. (2005) *The World Bank's Global HIV/AIDS Program of Action*. World Bank. Washington.

en Brasil, cuyo propósito es llevar a la práctica la *cooperación sur-sur*, brindada y recibida entre países en desarrollo, en VIH y SIDA. Ambas estrategias, y los actores involucrados en las mismas, jugarían papeles relevantes en los avances en la respuesta hondureña.

En el marco del IV CONCASIDA se realizó también una sesión plenaria del *Fondo Global para la Lucha de la Tuberculosis, SIDA y Malaria*, donde se discutieron las dificultades que estaban atravesando varios países de Centroamérica en relación con los mecanismos de *gobernanza* para la administración de fondos provenientes del *Fondo Global*, así como las debilidades en los sistemas de monitoreo y evaluación en la implementación de las propuestas, para las cuales se les habían aprobado fondos; incluyéndose en la discusión, un nuevo *sistema de alerta temprana*, diseñado para identificar y abordar las dificultades encontradas. En 2005 también, Honduras presenta, por segunda vez, el *Informe de Progreso sobre los Compromisos de UNGASS*.¹⁶⁷

Para el año 2006, los esfuerzos para la respuesta mundial se encuentran andando los caminos de la *armonización y alineación*, de países y de organizaciones. Uno de los frutos de los esfuerzos de armonización y alineamiento, es la posibilidad de minimizar las debilidades producidas por limitaciones en la implementación de estrategias y proyectos; así como, la tendencia a evitar duplicidades onerosas y poco costo-eficientes. En esa línea, las organizaciones de la sociedad civil tienen mejores posibilidades de desempeñar su rol de entes fiscalizadores de la inversión y del desempeño de las instituciones que devienen responsables de ejecutar los planes estratégicos. Es así como se publican documentos que dan cuenta de las implicaciones y avances en materia de *acceso a medicamentos* por parte de las PVIH, a cinco años de la *Declaración de Doha*, en los cuales, se pasa revista de los esfuerzos realizados desde las entidades encargadas de la Salud Pública en los países, para garantizar que los derechos de propiedad intelectual no actuarían como

¹⁶⁷ República de Honduras (2005) *Honduras: Follow-up Report to the Commitment on HIV/AIDS*. Prepared for: United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. Tegucigalpa.

obstáculo para el acceso a medicamentos, facilitándose así la adquisición de medicamentos genéricos.¹⁶⁸

Asimismo, en 2006, tras toda una serie considerable de esfuerzos para mejorar el acceso a medicamentos y fomentar la armonización, se genera una nueva ola de fortalecimiento de las estrategias y acciones en materia de prevención del VIH y SIDA. Es así como ONUSIDA diseña un *Plan de acción para intensificar la prevención del VIH*, para los años 2006-2007. En dicho plan, el énfasis está puesto, más que en los aspectos de tipo técnico sobre las mejores formas de prevención del VIH, en las acciones de abogacía y coordinación entre diversas instituciones y en el desarrollo de mecanismos de transversalización, evidencia y control de acciones programadas.¹⁶⁹

Igualmente, en 2006, la Organización Panamericana de la Salud, después de actualizar un análisis de situación en la región, lanza su *Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015*, en un esfuerzo por revertir las tendencias de la epidemia en las Américas, a través del *fortalecimiento del liderazgo del sector salud y la participación de la sociedad civil; diseño de programas efectivos y sostenibles en VIH/SIDA, incluyendo la formación de los recursos humanos necesarios; fortalecimiento y expansión de los servicios de salud; mejoramiento del acceso a medicamentos y mecanismos diagnósticos; y el mejoramiento de la gestión de la información y el conocimiento*.¹⁷⁰

En el mes de junio de 2006 se realizó la tercera *Sesión Especial de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA*, con el propósito de dar seguimiento a los avances realizados en materia de respuesta en los países signatarios de la *Declaración UNGASS* de 2001. En ese marco, y como una muestra palpable del mayor liderazgo de la mujer que se estaba promoviendo desde las agencias del Sistema de las Naciones Unidas, la entonces primera dama de Honduras convoca, con el apoyo técnico y financiero de ONUSIDA y del UNFPA, a conformar una *Coalición de Primeras Damas y Mujeres Líderes de América sobre Mujeres y SIDA*, lanzamiento que contó con el apoyo de la Subsecretaria General de las Naciones Unidas y

¹⁶⁸ Oxfam International. (2006) *Patents versus Patients. Five years after the Doha Declaration*. Oxfam Briefing Paper 95. Oxfam International. UK.

¹⁶⁹ Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS (2006) *UNAIDS action plan on intensifying HIV prevention 2006-2007*. UNAIDS. Geneva.

¹⁷⁰ Organización Panamericana de la Salud. (2005) *Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015*. OPS. Washington.

Directora Ejecutiva del UNFPA, Thoraya Obaid y de la Directora Adjunta del ONUSIDA, Deborah Landy. Al evento asistieron primeras damas, ministras, mujeres líderes de varios países, así como, representantes del UNICEF, PMA y OPS, entre otras.¹⁷¹

Del 13 al 18 de agosto del 2006 se realizó la XVI edición de la Conferencia Internacional de SIDA, en Toronto, Canadá, bajo el lema de: “*Tiempo de entregar*”. Como en cada cita bianual, en esta conferencia se presentaron temas de vanguardia en: *prevención; respuesta multisectorial; contexto político; la participación de actores de los sectores privado, de la sociedad civil y de organizaciones religiosas; aspectos relacionados con estigma y discriminación; derechos humanos; sistemas de salud; acceso a tratamiento y medicamentos; y en relación con la arquitectura internacional de respuesta, referida al Fondo Global y Banco Mundial*. Los temas nodales en la conferencia fueron: la *juventud*, como grupo objetivo; la importancia clave del *liderazgo político*; la necesidad de *adecuar al contexto cultural las acciones preventivas*; y la necesidad de una *mayor y mejor integración del tema de VIH/SIDA en los sistemas de salud*.¹⁷²

Para el año 2006, las cifras mundiales de VIH/SIDA publicadas por ONUSIDA, reportaban 39.5 millones de personas viviendo con VIH, de las cuales, 2.3 millones representaban a menores de 15 años. Solo en el año 2006, el número de personas infectadas, ascendió a 4.3 millones, siendo más de medio millón, en menores de 15 años. Se reportaron 2.9 millones de muertes por SIDA.¹⁷³

En Honduras, las cifras reportadas por ONUSIDA para ese año 2006, estimaban en 63,000 el número de personas viviendo con VIH, con una tasa de prevalencia estimada de 1.5% entre la población de 15 a 49 años. Las muertes por SIDA reportadas ese año fueron 3,700 personas; en tanto que, en relación con la respuesta ante la epidemia, se reportaba un 35% de PVIH recibiendo tratamiento

¹⁷¹ Diario La Tribuna. “Primeras damas crean coalición contra el SIDA”. LT 2 de junio de 2006. Tegucigalpa.

¹⁷² Department for International Development. (2006) *Full Report of the International AIDS Conference*. 13-18 August 2006. Toronto.

¹⁷³ Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS UNAIDS. (2006) *AIDS epidemic update: December 2006*. UNAIDS. Geneva.

antirretroviral, al tiempo que solamente un 3.4% de mujeres embarazadas estaban recibiendo tratamiento para reducir la probabilidad de infección madre-hijo(a).¹⁷⁴

Durante el año 2007, se realizaron avances a nivel mundial en relación con los esfuerzos de alineación y trabajo conjunto de diversas agencias, donantes y de tipo técnico. Un escaparate para dichos avances en la región latinoamericana, lo constituyó el desarrollo del *IV Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA e ITS*, que se desarrolló en la ciudad de Buenos Aires del 17 al 20 de abril. En el mismo, se discutió, desde la conferencia inaugural, el tema de *Acceso Universal*, considerando las vulnerabilidades estructurales, políticas, sociales y epidemiológicas en América Latina, destacando que el combate al VIH y SIDA requiere de mayores recursos financieros, así como de un mayor compromiso, tanto nacional como internacional y el necesario fortalecimiento de los recursos humanos institucionales trabajando en el tema.

En el foro, se discutió sobre la importancia de realizar un trabajo conjunto para eliminar las barreras jurídicas, económicas y comerciales que dificultan el acceso universal al tratamiento. Igualmente, se trataron asuntos sobre *estigma y discriminación*; los relacionados con la violación de los *Derechos Humanos* de las PVIH; *Mujeres y su Visibilidad Social y Política*; y la *Atención a las necesidades en salud y bienestar de las personas, familias y comunidades que viven con VIH*. La naturaleza de los temas discutidos, indicaba que el espectro de los mismos se ampliaba en la respuesta para incluir otros sectores y actores, como en la interrogante de Rafael Mazín “...cómo se puede optimizar lo que existe en los servicios de salud y en las comunidades, aun en ausencia de medicamento”?¹⁷⁵

Sobre la actualización en los temas sobre *prevención*, el Dr. Pedro Chequer, Director del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA de Brasil, resaltó los obstáculos para el éxito de dichas medidas, al criticarse algunas tendencias a querer bio-medicalizar las respuesta preventivas a través de *vacunas* o procedimientos quirúrgicos como la *circuncisión*; igualmente se criticó la poca eficiencia para la implementación de la *Estrategia ABC*, apelando a que no se han trabajado de manera suficiente y satisfactoria los elementos estructurales que posibiliten su viabilidad. Por último, se

¹⁷⁴ Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS UNAIDS. (2006) Op. cit..

¹⁷⁵ Mazín, R. (2007) “Atención a las necesidades de salud y bienestar de las personas, familias y comunidades que viven con VIH”. Ponencia presentada en el *IV Foro Latinoamericano de VIH/SIDA e ITS. 17-20 de abril de 2007*. Buenos Aires.

destacó que hay necesidad de ampliar la mirada en la respuesta al VIH, debido a que un problema estratégico que obstaculiza las acciones de tipo preventivo es que “...*una epidemia concentrada, origina acciones concentradas*”.¹⁷⁶

En la sesión de clausura, la Dra. Mirtha Roses, *Directora de OPS* declaró que es imperativo reorientar las acciones hacia la prevención, ya que, de otra manera, la respuesta siempre caminará a la retaguardia de la epidemia. De igual manera, destacó que, en los estudios epidemiológicos, se debía profundizar en la caracterización de las PVIH, indicando en *dónde están*, y cuál es la *dinámica de la epidemia*. En su llamado, destacó la importancia de incluir a otros sectores, además del de salud, en el marco de políticas públicas amplias y congruentes.¹⁷⁷

De forma coherente con los avances y planteamientos internacionales, durante el año 2007 en el ámbito hondureño, se analizó la respuesta de los cuatro años anteriores, en el marco de la elaboración del tercer plan estratégico nacional, *III PENSIDA 2008-2012*. El análisis realizado en la primera parte del documento del III PENSIDA reporta que Honduras es el segundo país más afectado por el VIH de la región centroamericana, con una prevalencia estimada de 1.5% y un patrón de transmisión predominantemente heterosexual. Se reportó que, en orden de importancia, el departamento de Cortés indicaba la mayor tasa de incidencia acumulada, seguido de los departamentos de Atlántida, Francisco Morazán e Islas de la Bahía, conformando ésta área geográfica, el llamado, corredor central de desarrollo, es decir, el espacio geográfico más densamente poblado y de mayor actividad económica. Todos ellos, acumulaban el 71% de las infecciones en el país, con predominio de población en edad reproductiva y económicamente activa.

A pesar de la alta incidencia registrada en el país, la sección sobre *análisis de situación* del año 2007, concluye en que se infiere que la prevalencia no se incrementó conforme a las proyecciones que fueron elaboradas a inicios de la década de los noventa, sugiriendo que se había sobrestimado la prevalencia en ese momento, o bien, que la respuesta de Honduras ha sido efectiva, al limitar el crecimiento de la

¹⁷⁶ Chequer, P. (2007) “Obstáculos al Acceso Universal a la Prevención”. Conferencia presentada en el *IV Foro Latinoamericano de VIH/SIDA e ITS. 17-20 de abril de 2007*. Bs. As.

¹⁷⁷ Roses, M. (2007) “Sesión de Clausura” Disertación brindada en el *IV Foro Latinoamericano de VIH/SIDA e ITS. 17-20 de abril de 2007*. Bs. As.

epidemia.¹⁷⁸ Como quiera que no se contó con mecanismos adecuados de monitoreo y evaluación para los *PENSIDA* y *PENSIDA II*, no se puede hacer una aseveración contundente al respecto. Esta debilidad de los planes anteriores sería, supuestamente, uno de los aspectos clave a recuperar en el *PENSIDA III*. En ese año, Honduras hace público el informe del manejo de fondos de la propuesta, presentada y adjudicada en la primera ronda, ante el *Fondo Global*, correspondiente al 2007.

A tono también con las directrices internacionales sobre *alineación* y *armonización*, las agencias del *Sistema de las Naciones Unidas* en Honduras, en un esfuerzo por coordinar y compaginar sus esfuerzos en el tema de la respuesta ante el VIH/SIDA, publicaron en el año 2007, el documento denominado *Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo UNDAF 2007-2011*, en el cual plantean una serie de principios, mecanismos de coordinación y de alianzas para el mejor desarrollo de las misiones de cada una de las agencias del sistema. Este documento se analiza más adelante en el apartado de *iniciativas de respuesta*.

Durante el 2007, Honduras también participó de un estudio subregional, auspiciado por la OPS denominado *Derechos Humanos y VIH: Legislación, política y práctica en cinco países de Centroamérica*, con el objetivo general:

“Llevar a cabo una descripción y análisis sobre la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales en el marco del VIH para crear una agenda común centroamericana...desde el ámbito de los instrumentos...que protegen los derechos humanos [y] analizar las posibles causas que impiden [su] cumplimiento...en la subregión”¹⁷⁹

En 2007, en el tema de los derechos de las PVIH destacan también otros informes respecto de los avances y limitaciones observadas en Honduras, desde la óptica de ONG's nacionales e internacionales, como *Alliance*, *Agua Buena* y el *Foro Nacional de SIDA*. Este último, es evaluado en 2007, por su principal fuente financiera, la *Agencia Sueca para el Desarrollo ASDI*, y también, concluyen su *Plan Estratégico 2007-2011*, el cual le permite organizar sus labores alrededor del *PENSIDA III* y a su misión “...empoderamiento e identificación del problema por...los

¹⁷⁸ Comisión Nacional de SIDA CONASIDA (2007) *III Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y SIDA 2008-2012*. CONASIDA. Tegucigalpa.

¹⁷⁹ Organización Panamericana de la Salud (2007) *Derechos Humanos y VIH: Legislación, política y práctica en cinco países de Centroamérica*. OPS/OMS. Washington.

*involucrados...realizando acciones de incidencia política...y defensa de los derechos humanos.*¹⁸⁰.

Por su parte, el *Fondo Global para la Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria*, logró en 2007, un *acuerdo de financiamiento*, para la propuesta que se había venido desarrollando desde 2003, para una extensión, efectiva de mayo del 2008, hasta el 2011 en una primera fase, y posteriormente, hasta 2014.¹⁸¹

El año 2008, ONUSIDA afirmaba que, a nivel mundial, la epidemia se había estabilizado, si bien aún con niveles inaceptablemente altos de nuevas infecciones por VIH y de muertes por SIDA. Estimaba ONUSIDA para ese año, que había 33 millones de personas viviendo con VIH. La cifra estimada de nuevas infecciones había venido declinando, de 3,0 millones en 2001, a 2.7 millones en 2007; aunque el número de muertes había aumentado de 1.7 millones en 2001, a 2,0 millones en 2007. A pesar de que el porcentaje de PVIH se había estabilizado desde el año 2000, su número se había incrementado, tanto porque las nuevas infecciones seguían ocurriendo, como por la disponibilidad de nuevos tratamientos que permiten la sobrevida; de tal suerte que el número de nuevos infectados excede, con mucho, a las muertes por SIDA.¹⁸²

Del 3 al 8 de agosto de 2008 se realizó la XVII Conferencia Internacional de SIDA en la Ciudad de México, por primera vez en un país de Latinoamérica, bajo el lema "*Acceso Universal Ahora*". La conferencia reunió a más de 24,000 delegados de los cinco continentes, siendo más del 50%, participantes por primera vez. Entre los temas clave que se discutieron, se reiteró sobre el *acceso universal a tratamiento*; así como la conveniencia y posibilidad del *fortalecimiento conjunto de los sistemas de salud para la respuesta al SIDA*, como planteó la Dra. Margaret Chan durante una de las sesiones satélite de la conferencia.¹⁸³

¹⁸⁰ Foro Nacional de SIDA (2007) *Plan Estratégico 2007-2011*. Foro Nacional de SIDA. Tegucigalpa.

¹⁸¹ Mecanismo Coordinador de País (2007) "Fondo Mundial aprueba a Honduras \$47.1 millones para continuar lucha contra el VIH/SIDA". *Comunicado de Prensa MCP*. Tegucigalpa, 20 de noviembre 2007

¹⁸² Secretaría de Salud (2007) Op. Cit.

¹⁸³ Chan, M. (2008) "*HIV and Human Resources: Competing Priorities or Interconnected Solutions?*" Sesión Satélite en XVII Conferencia Internacional de SIDA 3-8 de Agosto 2008. Ciudad de México.

Otros temas de interés que se discutieron durante la conferencia se relacionaron con *Derechos Humanos y Justicia Social*, en el sentido de vincular estos problemas con la vulnerabilidad ante el VIH/SIDA y la urgente necesidad de resaltar la confidencialidad, así como superar el *estigma y discriminación*, que contribuyen a potenciar la epidemia. También se enfatizó en la necesidad de combinar diversos enfoques preventivos, incluyendo los de tipo estructural-social, conductual y médico. En síntesis, se reiteró que, aspirar a la reducción del impacto del VIH/SIDA, pasa por el balance entre tratamiento y prevención. La importancia del compromiso hacia la educación sexual de niños y niñas entre ocho y doce años en Latinoamérica se discutió, renovando así, un tema inacabado en la región¹⁸⁴

En el ámbito internacional, el seguimiento de medio término de los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*, sobre todo el *Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades*, informa sobre los avances, y alerta sobre el alto número de infecciones que se siguen registrando, pese a los esfuerzos realizados, sobre todo en la región del África subsahariana. Algunos de los hallazgos, que sirven a su vez como advertencias sobre áreas en las cuáles redoblar los esfuerzos son: 1) *las mujeres representan, casi en todas las regiones, una proporción, cada vez mayor, de PVIH*; 2) *pese a los avances en relación con el acceso a medicamentos antirretrovirales, las necesidades continúan siendo superiores a la oferta disponible*; 3) *hay aumento en actividades de planificación dirigidas hacia la niñez en orfandad por SIDA, pero la concreción es tardía*.¹⁸⁵

Por su parte, el Banco Mundial, al caracterizar en el 2008 la situación de respuesta a la epidemia de VIH en Honduras, en función de las políticas elaboradas al efecto en *PENSIDA III 2008-2012*, se menciona que aún sigue haciendo falta un conocimiento más detallado sobre la dinámica de la infección entre las diversas subpoblaciones vulnerables, con el propósito de diseñar estrategias preventivas de impacto. El desconocimiento de ésta dinámica poblacional en la epidemia, limita y constriñe el tipo de respuesta que se pueda dar a la misma. Al analizar los elementos más importantes presentes en el PENSIDA III, afirma que, pese a no estar muy clara la evolución de los datos sobre infecciones en el país, aparentemente las políticas

¹⁸⁴ International AIDS Society. (2008) *AIDS 2008 Key Outcomes of the XVII International AIDS Conference 2008*. 3-8 Agosto 2008. Ciudad de México.

¹⁸⁵ Sistema de Naciones Unidas (2008) *Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2008 ONU*. Nueva York.

sobre prevención que se han venido desarrollando, pudieron haber tenido cierto impacto.¹⁸⁶

Los avances en la respuesta, también son medidos por las Naciones Unidas, en dos vías, los avances realizados al interior de los países hacia los cuales se han definido políticas de apoyo a partir de la *Declaración de UNGASS* del 2001; pero también, sobre los avances generales de la estrategia, a nivel mundial.

En el 2008, Honduras presenta su tercer informe de avance posterior a la *Declaración de UNGASS* de 2001. En esta oportunidad manifiesta que su respuesta, aunque se enmarca dentro de la *Estrategia de los Tres Unos* rigiéndose por un *Plan Estratégico Nacional*; los avances en materia de una sola coordinación nacional, a través de la *CONASIDA*, y sobre todo en la existencia de un solo plan de *monitoreo y evaluación*, en el marco de respuesta intersectorial, son realmente débiles.¹⁸⁷

La Asamblea General de las Naciones Unidas reunida en junio de 2008, para revisar los avances en relación con los acuerdos de *UNGASS* de 2001, conoció los informes de representantes de alto nivel de 152 Estados, incluyendo a Honduras, en la voz de la entonces primera dama de la nación. En la sesión inaugural, el Director Ejecutivo de ONUSIDA, Peter Piot recalcó que, a pesar de los avances que se habían producido en los últimos años, al paso que se estaba respondiendo, no se iba a poder lograr la meta de *acceso universal* en la mayoría de los países de ingresos bajos y medios, para el año 2010. Señaló también que el SIDA es la primera causa de muerte en los países africanos, y la séptima, a nivel mundial; y que, si los esfuerzos preventivos no eran fortalecidos, las implicaciones para afrontar las nuevas infecciones, condenarían al fracaso los esfuerzos por lograr el acceso universal a la terapia antirretroviral. El Dr. Piot hizo un llamamiento a la necesidad de entrar en una nueva fase que incluyera, una respuesta inmediata, así como el desarrollo de una estrategia a largo plazo. Los pasos prioritarios sugeridos, tendrían que encaminarse hacia el *fortalecimiento de los sistemas de salud*; y el trabajo conjunto con los

¹⁸⁶ The Global HIV/AIDS Program. (2008) *Building on Evidence: A Situational Analysis of the HIV Epidemic and Policy Response in Honduras*. The World Bank. Washington.

¹⁸⁷ República de Honduras. (2008) *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS*. Tegucigalpa.

programas que atienden la *Salud Sexual y Reproductiva*.¹⁸⁸ Estos retos, están aún pendientes de lograrse.

Durante esta última etapa, la situación en Honduras avanzó en términos de la aceptación, por parte de la opinión pública de considerar al tema de VIH y SIDA como parte de las situaciones a enfrentar en el diario vivir; no obstante, dicha opinión no es aún bien orientada, según un estudio realizado por la investigadora en el año 2007, con el propósito de cubrir el requisito de investigación tutelada para optar al Diploma de Estudios Avanzados DEA en el *Programa de Doctorado 276 de la UCM*, titulado “*Visibilidad y Tratamiento Comunicativo de la Información sobre VIH/SIDA en Honduras*”, el cual constituyó el primer estudio de dicha naturaleza en el país.

Los objetivos que se persiguieron en dicho estudio fueron: documentar la visibilidad del VIH/SIDA; *identificar temas, relatos, retóricas y estereotipos; identificar personajes alrededor del VIH/SIDA; analizar roles y acciones atribuidos a dichos personajes y analizar implicaciones sobre políticas públicas en VIH/SIDA*. Para tal efecto, se recogió un *corpus* de noticias en Diario “*La Tribuna*”, el de mayor circulación nacional, del 1° de Agosto de 2005 al 31 de julio de 2006, incluyendo noticias que en su título, subtítulo o texto mencionaran los términos *VIH y/o SIDA*, resultando 151 productos comunicativos, en los que se identificaron categorías, para elaborar los protocolos de análisis. Se elaboraron bases de datos en *File Maker Pro 7* y tratamiento estadístico con *Stat View*. Una síntesis de dicho estudio fue publicado en 2008, del cual reproducimos en forma íntegra sus conclusiones.¹⁸⁹

Los resultados obtenidos en el estudio, podemos resumirlos en cinco grandes conclusiones. En *primer lugar*, se pudo constatar que el discurso utilizado para referirse a la temática sobre VIH y/o SIDA en los productos comunicativos de la prensa en Honduras, se presenta de manera descriptiva y lineal, sin mayores elaboraciones de tipo explicativo o científico, llegando en algunas ocasiones, a reflejar incluso, modos de pensamiento y lenguaje identificados en poblaciones de escaso nivel educativo. Esto influye en que la apropiación sobre el tema no sea muy profunda.

¹⁸⁸ Piot, P. (2008) *Summary of the 2008 high-level meeting on the comprehensive review of the progress achieved in realizing the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS* (United Nations Headquarters, 10-12 June 2008) *Sixty-second session A/62/895* New York.

¹⁸⁹ Alduvín, E. “Visibilidad y Tratamiento Comunicativo de la Información sobre VIH/SIDA en Honduras” *Revista Ciencia y Tecnología* Segunda Época # 3. Diciembre de 2008. Pp. 53-71

En *segundo lugar*, pudo comprobarse, al analizar las formas de expresión y la interacción de los personajes presentados, que existen algunos aspectos explicativos del fenómeno VIH/SIDA, que aparecen sobredimensionados y otros aparecen muy someramente o están por completo ausentes. Dentro de los primeros, destacamos los enfoques biologicista y eficientista de la enfermedad y de las instituciones involucradas en su respuesta; en los segundos, cabe mencionar las acciones de tipo político y de las capacidades organizativas de las personas afectadas, algo que únicamente aparece de forma somera o tendenciosa.

Cabe destacar como *tercer punto*, relevante para la discusión y análisis, la estrecha visión que aportan los productos comunicativos sobre el rol del Estado en la construcción y seguimiento de políticas públicas sobre VIH y SIDA, al que hacen aparecer como fenómeno eminentemente médico con connotaciones economicistas y de tipo logístico y administrativo, tendencia superada ya en otros países.

En *cuarto lugar*, llama poderosamente la atención, la consistencia en el tratamiento a las personas afectadas en términos lastimeros, vulnerables, victimizadores, aunque también con manifestaciones de tipo moralista y discriminante. Algunos aspectos de mayores consecuencias negativas para este tipo de tratamiento informativo, son la *tendencia a la negación, la victimización de la víctima, la reproducción de la indefensión, la escasa capacidad de agencia que tiende a reproducirse y el desperdicio de oportunidades de incidir positivamente en la audiencia, para crear una opinión pública proclive a la solidaridad con el tema y con las personas afectadas.*

Por último, en *quinto lugar*, este estudio exploratorio sienta las bases para un nivel de análisis más profundo que nos permita dimensionar mejor el rol de los diferentes personajes del VIH y/o SIDA representados en la prensa, y también las formas de utilización del lenguaje que pueden tender a reproducir formas de pensamiento y acción con pocas posibilidades de agencia para el cambio social, tanto en la población general, como en los líderes de opinión, con el propósito de coadyuvar en la construcción de políticas públicas que propendan a una respuesta más efectiva y sostenible ante la problemática de VIH y SIDA en Honduras.¹⁹⁰

¹⁹⁰ Alduvín, E. (2008) Op. cit. p. 67-68.

CAPÍTULO II. ARQUEOLOGÍA Y GENEALOGÍA COMO
METODOLOGÍA DE ANÁLISIS

CAPÍTULO II. ARQUEOLOGÍA Y GENEALOGÍA COMO METODOLOGÍA DE ANÁLISIS

El presente capítulo tiene como propósito fundamental explicar el *planteamiento metodológico* que guía el estudio, para lo cual, se han articulado siete secciones, cuyos objetivos son, en el orden que se presentan: la construcción del *objeto de estudio* en relación con las *condiciones de posibilidad* que tiene la población hondureña, de que se cumpla, por parte del Estado hondureño, de su *Derecho a una Respuesta Integral* en el tema de VIH y SIDA; a continuación, se presentan, tanto los *objetivos del estudio*, así como la *hipótesis* tentativa que guía el estudio, conjuntamente con las respectivas *variables*. A fin de dar la necesaria coherencia conceptual al andamiaje metodológico, las siguientes dos secciones del presente capítulo, versan sobre la *Arqueología* y la *Genealogía* foucaultianas. A continuación, se discute sobre los conceptos de *Condiciones de Posibilidad*, *Discurso Científico*, *Globalización*, *Institucionalidad* y *Gobernanza*, como los cimientos conceptuales alrededor de los cuales se analiza la información recabada. Las últimas dos secciones se dedican, la primera, a explicar la metodología utilizada para la *recolección de la información*; y la segunda, destinada a presentar la *propuesta analítica* del estudio, basada en las herramientas de análisis de discurso postuladas por Michel Foucault.

Objeto de estudio

El *Derecho a la Salud* es un derecho humano fundamental. Tiene valor para el desarrollo de las capacidades y proyectos de vida de las personas y colectividades y es la base, condición y límite del ejercicio de todos los derechos humanos. Se encuentra en el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, que incluye el derecho a la educación, a la vivienda, y al empleo digno. Cerca de 150 países en el mundo, incluyendo a Honduras, son signatarios del mismo. El *Comentario 14 del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales* elabora el concepto de *Derecho a la Salud*, incluyendo a la *Salud Sexual y Reproductiva*, acceso a los servicios de salud y el derecho a estar libre de cualquier forma de discriminación y prácticas sociales impropias, entre otras. En VIH y SIDA, el tema de Derechos Humanos ha estado presente desde sus orígenes. En 1989 el *Centro de Derechos*

Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, organizó la *Primera Consulta Internacional sobre SIDA y Derechos Humanos* y propuso la elaboración de *directrices* que ayudaran a formular políticas y cumplir la normativa internacional correspondiente.

La complejidad de la situación ha significado exigencias que han movilizado a agencias multilaterales y gobiernos para articular respuestas *políticas, técnicas y financieras*. En 1999, Honduras aprobó la *Ley Especial de VIH/SIDA* y el documento *Políticas de VIH/SIDA de la Secretaría de Salud* las cuales, se han acompañado de documentos para su implementación. En este marco, Honduras accedió en el año 2004 a fondos del *Fondo Global para la Lucha contra la Tuberculosis, SIDA y Malaria*, con un total de más de 41 millones de dólares para los tres componentes, correspondiéndole al de VIH/SIDA, más de 26 millones de dólares para cinco años. En 2008, dicha ayuda se incrementó en 47 millones de dólares más, que serán desembolsados paulatinamente hasta el año 2014, haciendo un gran total de 73 millones de dólares.

La estrategia de *Atención Integral* planteada en *planes estratégicos* incorpora acciones dirigidas a la readecuación de servicios de salud, organización y participación comunitaria en actividades preventivas y de atención directa. El modelo es amplio y demanda para su implementación, de condiciones más allá de la disponibilidad de recursos financieros. Apunta a *un abordaje transdisciplinario* ante la epidemia, a una *respuesta encaminada hacia la reducción de la vulnerabilidad* y a la importancia de *fortalecer la autonomía* para convertir a las propias personas viviendo con VIH en interlocutores legítimos, conscientes de sus necesidades y derechos. Las prácticas que han primado en la atención en salud han destacado las *relaciones de poder* entre trabajadores de salud y pacientes, perpetuando esquemas de relación limitados para el desarrollo de roles dialógicos y participativos de parte de los agentes involucrados. Igualmente, la selección e implementación de *políticas y estrategias* suele reflejar directrices de agencias bilaterales y multilaterales que ponen en entredicho la *gobernanza* de la Secretaría de Salud y del Estado hondureño en su conjunto.

La complejidad de las *relaciones de poder* fue explicada por Michel Foucault a través de los métodos *Arqueológico y Genealógico*, primeramente en sus obras *Las Palabras y las Cosas*, *La Arqueología del Saber*; planteamientos posteriormente complementados en sus obras *Vigilar y Castigar*, *Nacimiento de la Prisión* y en la *Historia de la Sexualidad*. *La voluntad de saber*, en las cuales mostraba cómo en

diferentes períodos históricos surgen formas de ordenamiento del conocimiento – *epistemes*- y formas de implementación del mismo –*dispositivos*- que representan las *condiciones de posibilidad* para que ciertos *discursos* cristalicen en los saberes y prácticas predominantes de una época. Partiendo de una perspectiva *genealógica* de *relaciones de poder* a través de las *formaciones discursivas* y *formaciones no discursivas*, nos preguntamos, *cuáles son los entendimientos –epistemes- y mecanismos –dispositivos- que han condicionado la posibilidad para la realización del Derecho a una Respuesta Integral en VIH y SIDA en Honduras?*

Las políticas y estrategias, producto de acuerdos internacionales y nacionales en el tema de VIH y SIDA han dado énfasis a la discusión conceptual, metodológica y operativa en torno a la *Atención Integral en la respuesta*, como estrategia nodal para poder combatir esta pandemia mundial y garantizar el *Derecho a la Salud*. Existen varios documentos clave en torno a este tema, que emanan con mayor fuerza desde la *Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA* de la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, realizada en 2001.

Hoy día, a más de una década de dicha declaración, y transcurridas varias fases de implementación de los acuerdos, que proponían acciones clave en *Liderazgo; Prevención; Atención, apoyo y tratamiento; Reducción de vulnerabilidad y Derechos Humanos*, entre otras; en Honduras no se han podido alcanzar las metas propuestas en los tres planes estratégicos nacionales respectivos emitidos desde el año 1999, lo cual amerita una reflexión, que pretende trascender el enfoque epidemiológico, economicista, gerencial, conductual y hermenéutico, para ubicarse en una perspectiva de la genealogía discursiva en relación al VIH/SIDA en Honduras.

La *conveniencia* y utilidad del presente estudio estriban en permitir una reflexión sobre cuáles han sido las *formaciones discursivas* y *formaciones no discursivas* prevalecientes en el país en las *políticas, estrategias, planes, Informes de avance y análisis de situación*, que han permitido u obstaculizado las decisiones y flujos de poder que posibilitan el *Derecho a una Respuesta Integral*. De igual manera, el estudio permitirá conocer las visiones de los agentes involucrados en la atención y de las mismas personas viviendo con VIH, para conocer su versión sobre el *Derecho a una Respuesta Integral*.

La *relevancia académica y social* del presente estudio es la obtención de un *modelo explicativo* de la imbricación entre *saber y poder*, a partir de las *formaciones discursivas* y las *formaciones no discursivas*, presentes en las *políticas y estrategias* que se plasman en los correspondientes *planes*, desde una óptica de *gobernanza*; así como las conclusiones a las que puede arribarse a través del análisis de los documentos de *Informes de avance y análisis de situación* desde una perspectiva de *manejo del poder* institucional. Esta perspectiva de análisis pretende *visibilizar el flujo y manejo del poder* desde las diferentes instancias de los agentes involucrados, que usualmente permanece oculto, cuando se emplea otro tipo de abordaje de investigación.

Las *implicaciones prácticas directas* están en el plano académico, a través de la formulación de estrategias de análisis y enseñanza de la problemática del VIH y SIDA desde una óptica del *Derecho a las Salud*, la *trans-disciplinariedad* y la *multisectorialidad*. De ahí, se desprenden futuras *implicaciones prácticas indirectas*, que serán el fruto del desempeño de los recursos humanos formados bajo esa óptica al trabajar en el tema de VIH y SIDA.

Como aporte de *valor teórico* del presente trabajo, se considera la obtención de conocimiento sobre la *forma cómo se ubica y ejerce el poder*, a partir del *análisis arqueológico/genealógico* sobre los discursos de VIH y SIDA en Honduras; considerado desde una visión ética de la *salud como derecho*.

La *utilidad metodológica* del estudio es el ensayo de un método de análisis *arqueológico-genealógico* inspirado en las propuestas de Michel Foucault y sus seguidores, al considerar el análisis de las *prácticas discursivas* y *prácticas no discursivas* para desvelar los mecanismos y *dispositivos* de poder a los que apelan los involucrados en la vivencia y la atención del VIH y SIDA en Honduras, a partir de los discursos prevalecientes.

Objetivos del estudio

Objetivo General

Analizar en los discursos de los diferentes agentes presentes en la comunicación y atención de la problemática del VIH y SIDA en Honduras, las *prácticas*

discursivas y prácticas no discursivas, con el propósito de identificar las condiciones de posibilidad para la realización del *Derecho a una Respuesta Integral*.

Objetivos Específicos

1. Identificar los *objetos o áreas de conocimiento* que se han producido en el tema de VIH y SIDA en Honduras
2. Analizar la *lógica de implementación* de la terminología sobre VIH y SIDA
3. Identificar los *conceptos* predominantes en el tema de VIH y SIDA
4. Analizar las *metas estratégicas* que se persiguen a través de las prácticas discursivas sobre VIH y SIDA
5. Identificar las *autoridades* que hablan sobre el tema de VIH y SIDA
6. Identificar los *mecanismos de autoridad* a través de los cuáles se implementan y mantienen las relaciones de poder en el tema de VIH y SIDA
7. Identificar las *tecnologías de implementación* en el tema de VIH y SIDA
8. Analizar las *metas estratégicas de poder* a las que responden las tecnologías implementadas en el tema de VIH y SIDA

Hipótesis y Variables

Hipótesis

Se han generado y afianzado *prácticas discursivas y prácticas no discursivas* en VIH y SIDA en Honduras, que promueven dispositivos institucionales y sociales de respuesta, que tienden a generar y sostener *relaciones de poder*, que han provocado el incumplimiento del *Derecho a una Respuesta Integral*.

Variables

Las variables con las que se trabajará son, las prácticas discursivas - *epistemes*- y las prácticas no discursivas –*dispositivos*- que han permitido la institucionalización de las *relaciones de poder* en el tema de VIH y SIDA en Honduras para fomentar o limitar el *Derecho a la una Respuesta Integral*.

Las dimensiones de la variable *prácticas discursivas* son: los *objetos o áreas de conocimiento* sobre VIH y SIDA, la *lógica de implementación* de la terminología sobre VIH y SIDA, los *conceptos* que se utilizan para hablar sobre el tema y las *metas estratégicas* que se persiguen a través de las prácticas discursivas.

Las dimensiones de la variable *prácticas no discursivas* son: las *autoridades* que hablan sobre el tema, los *mecanismos de autoridad* a través de los cuales se implementan y mantienen las relaciones de poder, las *tecnologías de implementación* de la relaciones de poder en el tema, y las *metas estratégicas de poder* a las que responden las tecnologías implementadas en VIH y SIDA.

Arqueología: Enunciados, Formaciones Discursivas, Positividades y Discontinuidades, Saber, Episteme

Paul-Michel Foucault nació un 15 de octubre del año 1926, en la ciudad de Poitiers, en Francia; y falleció en el Hospital de la Salpêtrière en 1984, a causa de complicaciones producidas por el SIDA. Foucault, a lo largo de su amplia obra, forjó lo que dio en llamar los *métodos Arqueológico y Genealógico* para desvelar el funcionamiento del poder. El *método arqueológico*, lo explica en gran detalle, principalmente en dos de sus obras más conocidas: *Las Palabras y las Cosas* y en *La Arqueología del Saber*. En la primera de ellas, nos muestra cómo a lo largo de diferentes períodos históricos: *Renacimiento*, la *Época Clásica* y los *Tiempos Modernos*, han ido surgiendo diferentes formas de ordenamiento del conocimiento que él les llamó *epistemes*, y que representan, las diferentes *condiciones de posibilidad* que se han dado para que ciertos *discursos* tomen carta de ciudadanía y se cristalicen en los saberes predominantes de una época.¹⁹¹

Posteriormente, en su obra *La Arqueología del Saber*, define con mayor precisión el funcionamiento de este tinglado que da forma y continuidad a las estructuras del conocimiento, a través de una serie de conceptos que permiten identificar el surgimiento y la evolución de los *discursos*.

Explicando la *Arqueología* como un método de análisis, Foucault articula en las mencionadas obras, todo un entramado conceptual, necesario para entender y

¹⁹¹ Foucault, M. (1972) *Las palabras y las cosas*. 4ª. Ed. Siglo XXI Editores. México. (e. o.: 1966)

apropiarse de su propuesta analítica, en la que sobresalen varios conceptos que se van combinando entre sí, como los de *Enunciados*, *Formaciones Discursivas*, *Positividades*, *Saber*, *Epistemología*, los cuales nos permiten entender la importancia del *orden del discurso*.

El *enunciado*, que generalmente se suele identificar en el orden gramatical con la frase, viene a ser la partícula más elemental del discurso y define las reglas de los objetos que representa. En síntesis, nos dice Foucault, un *enunciado* es:

“una función de existencia que pertenece en propiedad a los signos y a partir de la cual se puede decidir a continuación, por el análisis o por la intuición, si “casan” o no, según qué reglas se suceden o se yuxtaponen, de qué son signo y qué especie de acto se encuentra efectuado por su formulación (oral o escrita)”¹⁹²

Y continúa:

“...no es en sí mismo una unidad, sino una función que cruza un dominio de estructuras y de unidades posibles y que las hace aparecer, con contenidos concretos, en el tiempo y el espacio.”¹⁹³

De esta definición se colige que el enunciado, más que una entidad pura y definida, se refiere a “...*leyes de posibilidad, reglas de existencia para los objetos que se encuentran en él nombrados*...”¹⁹⁴

La relación que guardan los *enunciados* con las *formaciones discursivas*, Foucault la plantea a través de cuatro hipótesis:

Primera: “los enunciados diferentes en su forma, dispersos en el tiempo, constituyen un conjunto si se refieren a un solo y mismo objeto”. Pero Foucault nos advierte, refiriéndose a la locura, que los enunciados, emitidos en diferentes momentos, están lejos de referirse a un mismo objeto, sino más bien, que en cada momento y lugar,

“...cada uno de esos discursos ha constituido su tema y lo ha elaborado hasta transformarlo por completo”¹⁹⁵

¹⁹² Foucault, M. (1979) *La Arqueología del saber*. 6ª. Ed. Siglo XXI Editores. México. p. 145. (e. o.: 1969)

¹⁹³ Foucault, M. (1979) Op. cit. p. 145

¹⁹⁴ Foucault, M. (1979) Op. cit. p. 152.

Segunda: Es importante “...para definir un grupo de relaciones entre enunciados: su forma y su tipo de encadenamiento”¹⁹⁶, ante lo que Foucault llama la atención sobre la importancia del *estilo* o carácter de enunciación, más que por los temas o conceptos de que se trata. Se trata, pues, de destacar el papel relevante que cumple la *disrupción*, más que la *regularidad* en el carácter de los enunciados.

Tercera: Los grupos de enunciados se establecen determinando el sistema de los conceptos permanentes y coherentes que se encuentran en juego en ellos, sin embargo esto se hace, “...analizando el juego de sus apariciones y de su dispersión.”¹⁹⁷

Cuarta: En las ciencias es legítimo suponer “...que cierta temática es capaz de ligar y de animar como un organismo que tiene sus necesidades, su fuerza interna y sus capacidades de sobrevivir, un conjunto de discurso”.¹⁹⁸

Lo interesante al articular estas cuatro hipótesis de manera más detallada, es lo que nos plantea Foucault en cuanto a las *condiciones de posibilidad* de los discursos: “Se encuentran más bien posibilidades estratégicas diversas que permiten la activación de temas incompatibles, o aún la incorporación de un mismo tema a conjuntos diferentes”¹⁹⁹ en procura de una “regularidad”.

De esta forma, llega Foucault al concepto de *formaciones discursivas*, diciendo:

“En el caso de que se pudiera describir, entre cierto número de enunciados, semejante sistema de dispersión, en el caso de que entre los objetos, los tipos de enunciación, los conceptos, las elecciones temáticas, se pudiera definir una regularidad (un orden, correlaciones, posiciones en funcionamientos, transformaciones), se dirá, por convención, que se trata de una formación discursiva...”²⁰⁰

Las *formaciones discursivas* pueden definirse, entonces, a través de desentrañar las reglas que rigen la formación de los *objetos*, las *modalidades*

¹⁹⁵ Foucault, M. (1979) Op. cit.. P. 52-53.

¹⁹⁶ Foucault, M. (1979) Op. cit. p. 54.

¹⁹⁷ Foucault, M. (1979) Op. cit. p. 57.

¹⁹⁸ Foucault, M. (1979) Op. cit. p. 58.

¹⁹⁹ Foucault, M. (1979) Op. cit.. p. 61

²⁰⁰ Foucault, M. (1979) Op. cit. p. 62.

enunciativas, los *conceptos* y las *estrategias discursivas* que se eligen; es decir, las *condiciones de aparición del discurso*.

En relación con la aparición de los *objetos* en las *formaciones discursivas*, éstas se definen si se pueden identificar objetos de discurso capaces de hacer surgir, de manera sucesiva o simultánea, a objetos que se excluyen, sin que se modifique básicamente el objeto de discurso en cuestión. Importante es considerar, sobre los *objetos*, que los mismos no pueden surgir o desaparecer de manera antojadiza, sino que existen condiciones para su surgimiento y permanencia. La advertencia: “...*no se puede hablar en cualquier época de cualquier cosa; no es fácil decir algo nuevo...*”,²⁰¹ que en apariencia suena simple, entraña una profunda trascendencia a la hora de querer legitimar un enfoque discursivo, anclado en *objetos* que, de suyo, deben de tener legitimidad y presencia previas dentro del respectivo campo al que se refiere.

Dichas condiciones de aparición del *discurso*, están sujetas a una serie de reglas, de las cuales cabe destacar los *umbrales*, de los cuales, plantea cuatro: *umbral de positividad*; *umbral de epistemologización*; *umbral de cientificidad*; *umbral de formalización*. El primero se refiere al momento en que una práctica discursiva se autonomiza de otras similares o se transforma; es decir, pasa a tener identidad propia. El segundo umbral, de *epistemologización*, se materializa, cuando determinada formación discursiva “...*ejerce, con respecto del saber, una función dominante (de modelo, de crítica o de verificación)...*”; un tercer umbral, de *cientificidad*, se flanquea cuando los “...*enunciados no responden solamente a reglas arqueológicas de formación, sino además a ciertas leyes de construcción de las proposiciones...*”; es decir cuando los enunciados proponen algo específico en el campo discursivo desde el cual hablan. Por último, el umbral de *formalización* se alcanza, cuando el discurso científico “...*pueda definir los axiomas que le son necesarios...cuando pueda así desplegar, a partir de sí mismo, el edificio formal que constituye...*”²⁰² En relación con los diferentes tipos de umbrales, Foucault advierte que este último umbral solo ha podido ser alcanzado por las Matemáticas, por lo que, otro tipo de *formaciones discursivas*, tienen que ubicarse en los primeros niveles.

²⁰¹ Foucault, M. (1979) Op. cit.. p. 73.

²⁰² Foucault, M. (1979) Op. cit. 242-243

Central en el planteamiento *arqueológico* de Foucault es también la noción de *Archivo*, la cual explica como:

“Reglas por medio de las cuales se determina, en una cultura, la aparición o desaparición de declaraciones, su retención y su destrucción, su existencia paradójica como eventos y cosas”²⁰³

La importancia en el análisis arqueológico del *archivo*, es debida a que el estudio de sus constituyentes, habla del “...conjunto de condiciones...” que permiten la aparición o desaparición de determinado tipo de enunciados, así como sus formas de agrupación en conjuntos definidos, así como el nivel de influencia que tienen en las diversas prácticas que surgen a partir de ellos. Importa principalmente, el descubrimiento de cómo entran en circulación, cómo se reprimen u olvidan, si se llegan a destruir o a volver a poner en circulación.²⁰⁴

El análisis *arqueológico* pretende, pues, encontrar en las *formaciones discursivas*, lo que Foucault denomina *Positividades*, las cuales describe como:

“...el conjunto de las condiciones según las cuales se ejerce una práctica, según las cuales esa práctica da lugar a unos enunciados parcial o totalmente nuevos, según los cuales, en fin, puede ser modificada.”²⁰⁵

Las *positividades*, no obstante, nos señala Foucault, suelen ser elusivas, no se dan a conocer fácilmente de entrada, hay que escudriñar para tratar de objetivarlas; es así como, en su sistema metodológico, nos presenta elementos acompañantes a cada uno de los elementos constitutivos de las *formaciones discursivas*. A los *objetos*, adscribe los *referenciales*; esto debido a que la tarea arqueológica plantea que definir un conjunto de declaraciones, es más un asunto de “...describir la dispersión de esos objetos, para aprehender todos los intersticios que los separan...para formular su ley de distribución.”²⁰⁶

Explica también un segundo criterio de constitución de los conjuntos discursivos, en relación con las *modalidades de enunciación*, en las cuales se buscaría

²⁰³ Foucault, M. (e. o.: 1968) “On the Archaeology of Sciences: Response to the Epistemological Circle” In: Rabinow, P. & Rose, N., Eds. (2003) *The Essential Foucault. Selections from Essential Works of Foucault, 1954-1984*. The New Press. New York. p. 402

²⁰⁴ Foucault, M. (e.o.: 1968) Op. cit.

²⁰⁵ Foucault, M. (2010) *La arqueología del saber*. Traducción de Aurelio Garzón del Camino. 2da. Edición rev. Siglo XXI, Editores, S.A. México. (e. o.: 1969) p. 269-270.

²⁰⁶ Foucault, M. (e. o.: 1968) Op. cit. p. 406

una constante o un cierto estilo característico, que permitiera identificarlo como parte del conjunto discursivo en cuestión. En los estudios previos realizados por Foucault sobre los temas de la *locura* y la *medicina clínica*, él pudo observar que las enunciaciones no obedecen a las mismas reglas formales:

“Lo que debe ser caracterizado...es el sistema que gobierna su distribución, que se apoya uno con otro, la forma como se implican o excluyen unos a otros, las transformaciones que subyacen, y el patrón de su surgimiento, disposición y reemplazo.”²⁰⁷

El elemento a buscar a lo largo del análisis arqueológico, en las formas de enunciación será pues, según la propuesta foucaultiana, la divergencia enunciativa, la singularidad que se produce en el interior de un sistema de regularidades.²⁰⁸

Un tercer criterio, éste, relacionado con los *conceptos* a identificar en las *formaciones discursivas*, apela al establecimiento de series permanentes e internamente consistentes, a través de un conjunto de cuatro reglas, las cuales había acuñado ya en su obra previa *Las palabras y las cosas*, denominándoles, a la primera, *teoría de la atribución*, para el establecimiento de relaciones entre los sujetos y los verbos utilizados en la conceptualización; los cuales pueden ser de acción, de denominación o de vínculo; un segundo tipo de regla, denominada *teoría de la articulación*, explica las relaciones existentes entre elementos significantes de la oración, y los elementos que los signos representan; la *teoría de la designación*, por su parte, explica la emergencia de conceptos, tanto los arbitrarios y convencionales, como los que surgen de manera natural y espontánea. Por último, la *teoría de la derivación*, permite la formación de nociones heterogéneas y dispersas. En conjunto, las cuatro teorías permiten identificar y definir lo que Foucault denomina una red *teórica*, en la que, más que ser entendida como conceptos fundamentales que reagrupan a los demás, su importancia es que nos permite reagrupar “...la ley fundamental de su dispersión, heterogeneidad e incompatibilidad (sea esta simultánea o sucesivamente) -la regla de su irresoluble pluralidad”.²⁰⁹

La importancia de las redes conceptuales, explica Foucault, es aún mayor, cuando se trata de las Ciencias Humanas, habida cuenta de que han nacido y se

²⁰⁷ Foucault, M. (e. o.: 1968) Op. cit. p. 407.

²⁰⁸ Foucault, M. (e. o.: 1968) Op. cit. P. 407-408

²⁰⁹ Foucault, M. (e. o.: 1968) Op. cit. P. 409

siguen constituyendo, ligadas a la polémica, ya que son sumamente sensibles al juego de intereses, tanto de tipo político, como económico, y hasta religioso; que incluso la dinámica y transformación de sus discursos, los llega a comparar con las necesidades y transformaciones de un organismo vivo que necesita balance para su supervivencia.²¹⁰

En la dinámica de supervivencia de los discursos sobre las Ciencias Humanas, Foucault identifica también que las redes de conceptos obedecen a dos reglas, antagónicas, pero al mismo tiempo, complementarias, la primera regla observa que, un mismo hecho de opinión, bien puede estar anclado en "...dos series de conceptos totalmente diferentes, dos tipos de discursos totalmente diferentes y dos campos de objetos totalmente diferentes..."; en contraste, se da también que puede haber métodos explicativos diferentes, sobre un mismo sistema conceptual.²¹¹

Por último, en la explicación de la conformación de las positivities identificadas en las formaciones discursivas, Foucault introduce el concepto de *campo de posibilidades estratégicas*, para explicar cómo opera el discurso desde la distribución de puntos de escogencia, dado un particular campo de objetos, una determinada escala enunciativa, y la definición de una serie de conceptos definidos en su contenido y en su uso; tales que permiten la "...ley de formación y dispersión de todas las posibles opciones."²¹²

Como corolario de esta propuesta, Foucault explica que los cuatro criterios mencionados, no solo son compatibles, sino que se requieren los unos de los otros para el entendimiento de los elementos comunes y divergentes, con sus intersticios, distancias y vacíos que llama *positividades*²¹³.

Lo dejaba ya en claro desde la Arqueología del Saber, así:

"Analizar positividades es mostrar con qué regla una práctica discursiva puede formar grupos de objetos, conjuntos de enunciaciones, juegos de

²¹⁰ Foucault, M. (e. o.: 1968) Op. cit. p. 409-410

²¹¹ Foucault, M. (e. o.: 1968) Op. cit. p. 410-411

²¹² Foucault, M. (e. o.: 1968) Op. cit. p. 411-412

²¹³ Foucault, M. (e. o.: 1968) Op. cit. p. 412

conceptos, series de elecciones teóricas. Los elementos así formados no constituyen una ciencia...no son tampoco conocimientos amontonados.”²¹⁴

Es así, a partir de la identificación de las *positividades* y *discontinuidades* que, por fin, podemos identificar cómo se articulan los *saberes*; entendidos estos, no como ciencias actuales que estuvieran en gestación, ni como ciencias pasadas, caídas en desgracia ahora; sino que son unidades de diferente nivel. Las define Foucault, así:

“El conjunto formulado desde el sistema de positividad, y manifestado en la unidad de una formación discursiva es lo que se puede denominar un saber...conjunto de elementos (objetos, tipos de formulación, conceptos y elecciones teóricas), formados desde una misma positividad, en el campo de una unitaria formación discursiva.”²¹⁵

De la misma manera, existe una vinculación entre el *saber* y la *ideología*, que sugiere, e inclusive determina, como lo explica Foucault, mostrando que una *práctica discursiva* que dé lugar a determinada *positividad*, además de funcionar y establecerse entre otras prácticas de orden discursivo, también pueden ser “...de orden político o económico.”²¹⁶ Esta última afirmación, da pie para el desarrollo posterior del concepto de *prácticas no discursivas*, el cual discutimos en la siguiente sección de este capítulo.

En relación con la *ideología* y el *saber*, Foucault señala algunas proposiciones que permiten apreciar el lugar que les concede, dentro de las formas de pensamiento. En primer lugar, considera que, la *ideología*, no es exclusiva de la ciencia o de la cientificidad, si bien, es inevitable su vínculo; en segundo lugar, que el significado ideológico de determinado saber, es factible ser analizado “...en el plano de la *positividad*...”; que, independientemente del avance que llegue a tener una ciencia particular en el plano de su formalización, su vínculo ideológico, no por ello menguará; es decir, rigor científico e ideologización, no se incrementan o reducen, la una a expensas del otro; finalmente, la discusión sobre el funcionamiento ideológico de una ciencia, no puede hacerse sobre la base de las contradicciones formales de sus proposiciones “... sino del sistema de formación de sus objetos, de sus tipos de enunciaciones, de sus conceptos, de sus elecciones teóricas. Es reasumirla como *práctica*, entre otras prácticas.”²¹⁷

²¹⁴ Foucault, M. (2010) Op. cit. p. 236

²¹⁵ Foucault, M. (e. o.: 1968) Op. cit. p. 415

²¹⁶ Foucault, M. (2010) Op. cit. p. 241

²¹⁷ Foucault, M. (2010) Op. cit. p. 242

Por último, el llegar a identificar los *saberes* de una época, en función de sus signos ideológicos, a través del análisis de *positividades* y *formaciones discursivas*, permite desvelar la *episteme*, sobre la cual explica:

“Por episteme se entiende, de hecho, el conjunto de las relaciones que pueden unir, en una época determinada, las prácticas discursivas que dan lugar a unas figuras epistemológicas, a unas ciencias, eventualmente a unos sistemas formalizados...es el conjunto de las relaciones que se pueden descubrir, para una época dada, entre las ciencias cuando se las analiza en el nivel de las regularidades discursivas”.²¹⁸

Con esta exposición, Foucault reitera el entendimiento de la *arqueología*, como:

“Analizar los hechos de un discurso (en el elemento general del archivo, es considerarlos, no como documentos...sino como monumentos, esto es...hacer lo que las reglas del juego etimológico nos permite llamar algo como una arqueología.”²¹⁹

A inicios de la década de los setentas, al asumir la cátedra de la *Historia de los Sistemas de Pensamiento* en el *Collège de France*, Foucault comienza a desarrollar otra línea de trabajo, a la que denominaría *Genealogía*, a la cual hace mención en su lección inaugural.

Genealogía: Eventos, Formaciones No-Discursivas, Dispositivos, Relaciones de Poder, Gubernamentalidad

Existe una cita de Michel Foucault, que aparece en el escrito *Nietzsche, Genealogía, Historia*, que reza:

“La Genealogía es gris, meticulosa y pacientemente documental. Opera en un campo de parcelas enredadas y confusas, en documentos que han sido garabateados y recopilados muchas veces”²²⁰

Con esta cita, nos ilustra sobre la complejidad de un trabajo que pretende dar cuenta de los procesos que acontecen, de la mano, con lo que hemos visto ya que denomina *formaciones discursivas*, pero también vinculadas con otros elementos que, aparte del discurso propiamente dicho, se conocen como *prácticas no discursivas*.

²¹⁸ Foucault, M. (2010) Op. cit. p. 249

²¹⁹ Foucault, M. (e. o.: 1968) Op.cit. p. 403.

²²⁰ Foucault, M. (e. o.: 1971) “Nietzsche, Genealogy, History” In: Rabinow, P. & Rose, N. (Eds.) (2003) *The Essential Foucault. Selections from Essential Works of Foucault, 1954-1984*. The New Press. New York. p. 351.

Foucault, en un segundo momento de su evolución teórica, que según sus comentaristas, inaugura con una *arqueología tardía* o *genealogía incipiente*, con la lección inaugural que desarrolla el 2 de diciembre de 1970 en el *Collège de France*, al asumir la cátedra dejada a la muerte de Jean Hyppolite, sobre la *Historia de los Sistemas de Pensamiento*, y que fue titulada para su publicación, como *El Orden del Discurso*.

En dicha obra, deja plasmado el comienzo de un proyecto para trabajo posterior, el cual, no obstante, enlaza de manera coherente con los esfuerzos en el campo *arqueológico*, realizados hasta ese momento, al plantear que nuestra civilización debe “...*poner en duda nuestra voluntad de verdad; restituir al discurso su carácter de acontecimiento; levantar finalmente la soberanía del significante.*”

Para acometer dicho trabajo, Foucault explica algunas exigencias metodológicas que habrán de cumplirse, comenzando por un *trastrocamiento*, entendido como un cambio en la visión de figuras como el *autor* y la *disciplina*, atribuyéndoles un papel de *enrarecimiento* del discurso. Igualmente propone considerar un *principio de discontinuidad*, recordando que los discursos han de ser tratados como “...*prácticas discontinuas que se cruzan, a veces se yuxtaponen, pero que también se ignoran o se excluyen.*”²²¹

Alude a un segundo *principio de especificidad*, que le atribuye la particularidad al discurso, de no tener significaciones, sino que surgen de forma específica; un *principio de regularidad*, por el cual, explica, imponemos, de manera violenta, al discurso, una práctica. Por último, una regla o *principio de exterioridad*, por el cual, advierte, en vez de pensar en buscar descubrir en el discurso una significación, se ha de partir del discurso mismo, hacia sus *condiciones externas de posibilidad*, las cuales son los *acontecimientos* que le fijan sus límites.²²²

Al plantear dichos principios, Foucault advierte, al analizar la historia, de abstenerse de considerar...

“...un acontecimiento sin definir la serie de la que forma parte, sin especificar la forma de análisis de la que depende, sin intentar conocer la

²²¹ Foucault, M. (1992) *El orden del discurso*. Traducción de Alberto González Troyano. Tusquets Editores. Bs. As. (e. o.: 1971) p. 43-44.

²²² Foucault, M. (1992) Op. cit. p. 44-45

regularidad de los fenómenos y los límites de probabilidad de su emergencia...sin querer determinar las condiciones de las que dependen.”²²³

Afirma la importancia de considerar, conjuntamente con las nociones ya anteriormente discutidas en su propuesta arqueológica: *regularidad, discontinuidad, transformación*; las de *acontecimiento* y *serie*.

Para definir el *acontecimiento discursivo*, plantea la siguiente observación:

“...el acontecimiento no es ni sustancia, ni accidente, ni calidad, ni proceso; el acontecimiento no pertenece al orden de los cuerpos. Y sin embargo no es inmaterial; es al nivel de la materialidad cómo cobra siempre efecto y, como es efecto, tiene su sitio, y consiste en la relación, la coexistencia, la dispersión, la intersección, la acumulación, la selección de elementos materiales; no es el acto ni la propiedad de un cuerpo; se produce como efecto de y en una dispersión material... un materialismo de lo incorporal.”²²⁴

Al explicar el concepto de *genealogía*, Foucault menciona en su escrito *Nietzsche, Genealogía, Historia* de 1971, el concepto de *evento*, explicando la importancia que tiene para su trabajo genealógico, ya que, en vez de considerar los procesos históricos como lineales y teleológicos, lo que importa es la irrupción del *evento*, así:

“Un evento...es...el reverso de una relación de fuerzas, la usurpación del poder, la apropiación de un vocabulario vuelto en contra de aquellos que una vez lo usaron, una dominación que crece paulatinamente, se envenena a sí misma, crece al descuido, se enmascara paulatinamente como “el otro”²²⁵

Más adelante en el tiempo, cuando su proyecto genealógico había madurado, después de la publicación de obras tales como, *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la Prisión* y *La Voluntad de Saber*, en una entrevista realizada por Alessandro Fontana y Pasquale Pasquino en 1976, que ha salido publicada posteriormente en varias ediciones, titulada *Poder y Verdad*, Foucault se refiere al concepto de *evento* diciendo que hay que procurar evitar lo mismo que se ha hecho con el concepto de *estructura* al ubicarlo todo en un mismo nivel:

²²³ Foucault, M. (1992) Op. cit. p. 46

²²⁴ Foucault, M. (1992) Op. cit. p. 47-48

²²⁵ Foucault, M. (1971) Op. cit. p. 361.

“...existe todo un orden de niveles de diferentes tipos de eventos difiriendo en amplitud, profundidad cronológica y capacidad para producir efectos. El problema estriba en poder distinguir entre los eventos, diferenciar las redes y niveles a los cuales pertenecen, y reconstituir las líneas con las que están vinculadas y se engendran mutuamente...”²²⁶

Con esta exhortación, Foucault reitera el rol fundamental de este concepto de *eventalización* –por *événementalisation*- dentro de todo un campo que, metodológicamente, se convierte en un mapeo de niveles entre las *formaciones discursivas* y las *formaciones no discursivas* que, un par de años más adelante, en otra entrevista, que se conoce como la *Mesa Redonda de 1978*, cuyo texto fue posteriormente publicado en inglés como *Questions of Method*, explica el término, diciendo:

“...eventalización significa redescubrir las conexiones, encuentros, soportes, obstáculos, juego de fuerzas, estrategias y demás que en un momento determinado establecen, lo que subsiguientemente contará como auto-evidente, universal y necesario. En este sentido, uno está de hecho, efectuando una especie de multiplicación o pluralización de causas...Este procedimiento de multiplicación causal significa analizar un evento de acuerdo a los múltiples procesos que lo constituyen.”²²⁷

En esa misma ocasión, Foucault va más allá en el propósito ilustrativo de su propuesta, y agrega:

“Como una forma de aligerar el peso de la causalidad, la “eventalización”, trabaja así, construyendo alrededor de un evento singular analizado como proceso, un “polígono”, o “poliedro” de inteligibilidad. El número de las facetas no se puede adelantar y nunca podrá ser tomado como definitivo... Y uno debe tener en mente que, cuanto más fraccione el proceso de análisis, tanto más uno tiene la posibilidad, y de hecho la obligación de construir sus relaciones externas de inteligibilidad...”²²⁸

La noción de *acontecimiento* o *evento* está, pues, fuertemente ligada a esta nueva propuesta genealógica, ya que es el elemento que permite el anclaje con las *prácticas discursivas*, ampliamente explicadas en su propuesta *arqueológica*. No obstante, para ir en esa dirección, se necesita contar con el apoyo metodológico de la noción de *prácticas no discursivas*. Ya desde *La Arqueología del Saber*, Foucault, al

²²⁶ Foucault, M. (e. o.:1976) “Truth and Power” In: Rabinow, P. & Rose, N. (2003) *The Essential Foucault. Selections from Essential Works, 1954-1984*. The New Press. New York. p. 304

²²⁷ Foucault, M. (e. o.: 1978c) “Questions of Method” In: Rabinow, P. & Rose, N. (2003) *The Essential Foucault. Selections from Essential Works, 1954-1984*. The New Press. New York. p. 249.

²²⁸ Foucault, M. (e. o.: 1978c) “Questions of Method” Op. cit.p. 249-250.

referirse a las *formaciones discursivas*, y explicando la determinación de las elecciones teóricas, al hablar de las *estrategias*, menciona la importancia de la *función* que ejerce un discurso “...en un campo de prácticas no discursivas”.²²⁹

En una extensión a la propuesta teórico-metodológica foucaultiana, Bührmann, al aplicar dicha propuesta al estudio del *yo emprendedor*, como ejemplo de las modernas formas de subjetivación, hace un planteamiento metodológico que articula, *formaciones discursivas* con *formaciones no discursivas*, en un amalgamamiento de categorías que parecen dar respuesta a la propuesta “*poliédrica*” sugerida por Foucault en 1978.

En su propuesta, Bührmann explica que, Foucault forja una serie de herramientas para el análisis *arqueológico* y *genealógico*, en los cuales, por un lado se estudia el *discurso*, y por otro, los *dispositivos* a través de los cuales operan dichos discursos, articulados en redes de poder. No obstante, al aplicar dichas herramientas al estudio de categorías sociales estructurales, plantea asumirlas en un complejo de complementariedades *discursivas* y *no-discursivas*, preguntándose sobre la vinculación entre los *objetos de discurso* y las *autoridades* que las emiten. Vincula asimismo las *modalidades de enunciación*, a los *mecanismos de autoridad*; a la construcción de *conceptos*, las *tecnologías de implementación*; en tanto que a las *opciones estratégicas*, las *metas estratégicas de poder*.²³⁰ Así, la propuesta metodológica de Bührmann, se basa en la noción foucaultiana de *dispositivo* para el estudio de las *relaciones de poder*, que vincula *formaciones discursivas*, con *formaciones no discursivas*.

El concepto de *dispositivo -dispositif-* es central en la obra foucaultiana y se vincula más al período genealógico de su obra, en la cual se encuentra mucho más empeñado en el estudio de las *relaciones de poder*. Aparece por primera vez en 1976, en el texto denominado *La Voluntad de Saber*, primer volumen de su inconclusa *Historia de la Sexualidad*. En el marco de este texto, Foucault alude a la *sexualidad*,

²²⁹ Foucault, M. (2010) Op. cit. p. 91.

²³⁰ Bührmann, Andrea D. (2006, May) “The emerging of the enterprising self and its contemporary Hegemonic status: Some fundamental observations for an analysis of the (Trans-) Formational Process of Modern Forms of Subjectivation (49 paragraphs). *Forum Qualitative Sozialforschung* / *Forum: Qualitative Social Research* [On -line Journal], 6(1), Art. 16. Available at: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-05/05-1-16-e.htm> (Date of access: 09/20/06) p. 11.

por oposición al uso los *cuerpos y placeres*, como un dispositivo de control a través del discurso sobre las prácticas de esta índole.

En dicho texto Foucault, al estudiar la forma como se ha desplegado el poder en el terreno sexual, desde múltiples espacios y a través de diferentes discursos y formas de ejercicio, emplea el término de *dispositivo*, para ilustrar cómo pueden operar las relaciones de poder a través del tiempo y de la distancia. Explicando la forma cómo opera, en este caso, el *dispositivo de sexualidad*, como mecanismo para el ejercicio del poder, escribe:

“El poder sobre el sexo se ejercería de la misma manera en todos los niveles...Frente a un poder que es ley, el sujeto constituido como sujeto - que está ‘sujeto’- es el que obedece.”²³¹

Más adelante, sigue explicando sobre el funcionamiento de este *dispositivo de sexualidad*, que “...el poder es tolerable sólo con la condición de enmascarar una parte importante de sí mismo.”, por lo que históricamente se han multiplicado las formas de su ejercicio.

Se puede delimitar la noción de *dispositivo*, siguiendo a Castro, E., como la:

“...red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, arquitectura, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no-dicho.”²³²

Más allá de esta definición, Castro propone que la utilidad y versatilidad del concepto al estudiar *las relaciones de poder*, estriba en que, permite rastrear cómo opera el discurso, por ejemplo, al interior de determinada institución, cómo puede ser fuente y elemento, tanto para impulsar como para frenar prácticas y costumbres, así como para darles un aval de racionalidad a las mismas. En síntesis, la noción de *dispositivo* permite nombrar toda una serie de aristas, de manifestaciones de poder que operan desde la égida discursiva y de las prácticas.

La noción de *dispositivo* fue empleada también por Foucault en su obra *Vigilar y Castigar: El Nacimiento de la Prisión*, en la cual, hace un estudio extensivo de la

²³¹ Foucault, M. (1996) *Historia de la Sexualidad. 1. La Voluntad de Saber*. Vigésimocuarta edición en español. Siglo XXI Editores, S.A. México. p. 103.

²³² Castro, E. (2004) *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Universidad Nacional de Quilmes. Bs. As.

utilización de los espacios como mecanismos o *dispositivos* de control y disciplina, es decir, espacios para el *ejercicio del poder* que, no obstante, no sólo se imbrican en el espacio y en el tiempo, sino también con otros *dispositivos* más, articulando prácticas de ejercicio de poder características de cada institución.

En la mencionada obra, y analizando los *dispositivos* de poder en las instituciones, Foucault plantea que “*La disciplina...es...un arte...de componer unas fuerzas para obtener un aparato eficaz*”.²³³ Este proceso, se efectúa de diversas maneras, según explica: *ubicando o reubicando el cuerpo de las personas*; a través de *series cronológicas*; y a través de *sistemas precisos de mando*.²³⁴

Al analizar esto, Castro rescata también de Foucault, que la permanencia o modificación del *dispositivo* de poder, obedece a situaciones de “*sobredeterminación funcional*” en los que, en la medida que su funcionalidad se incrementa o desaparece, se van dando ajustes, tanto en las *prácticas discursivas*, como en las *no discursivas*, como se dio en la segunda mitad del siglo XIX con el sistema carcelario, a través de las leyes y los espacios de reclusión.²³⁵

El interés por el estudio de las *relaciones de poder*, es manifiesto a través de toda la obra foucaultiana, igual como sucede con el concepto de *discurso*. Para los propósitos de este estudio, abundaremos mayormente, no tanto en el concepto de dispositivo de poder institucional, sino más bien en el concepto de *relaciones de poder*, que desplegó en algunos textos más sistematizados sobre el tema, que aparecen en sus escritos posteriores, de la década de los ochenta. Principalmente referiré algunos conceptos encontrados en dos trabajos *El ojo del Poder* y *The Subject and Power*. El primero, de 1980, producto de una entrevista realizada por Jean-Pierre Barou; y la segunda, que apareció como apéndice en el texto *Beyond Structuralism and Hermeneutics* de Hubert Dreyfus y Paul Rabinow.

En la primera obra, notamos el énfasis en el estudio de Foucault sobre el *poder*, como mecanismo donde se plasman prácticas relacionadas con la manipulación del espacio como forma de dominación, como es el caso del

²³³ Foucault, M. (2002) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. Siglo XXI Editores Argentina. Bs. As. p. 168

²³⁴ Foucault, M. (2002) Op. cit.

²³⁵ Foucault, M. (2002) Op. cit..

funcionamiento de las instituciones hospitalaria y carcelaria, bajo los conceptos de *emplazamientos*, *coexistencias*, *residencias*, y *desplazamientos*. Tomando en consideración estas nociones, Foucault asigna a los médicos, así como a los militares, el rol de “...*gestores del espacio colectivo*.” Esta observación liga las *relaciones de poder* a condiciones materiales concretas a partir de las cuales dicho ejercicio del poder es bastante difícil de rechazar; el internamiento y el encierro serían los ejemplos palpables de dichas relaciones de poder.²³⁶

Existen, no obstante, formas y mecanismos de ejercicio del poder, y es precisamente la discusión del concepto de “*panóptico*” como ojo omnipresente y omnipotente de vigilancia y poder que permite pensar en toda una serie de engranajes complejos para su ejercicio, que no necesariamente demandan de una materialidad para su funcionamiento, sino que la institucionalidad del poder puede tener otros mecanismos de operatividad.

En esa misma obra, Foucault plantea:

“El poder es sin duda más complicado, o de otro modo, más espeso y difuso que un conjunto de leyes o un aparato de Estado.... Hay que señalar además que estos conjuntos no consisten en una homogeneización sino más bien en un juego complejo de apoyos que adoptan los diferentes mecanismos de poder unos sobre otros permaneciendo sin embargo en su especificidad.”²³⁷

Una tercera cita en dicha entrevista enfatiza en la necesidad, al estudiar las relaciones de poder, de señalar las “...posiciones y los modos de acción de cada uno, las posibilidades de resistencia y de contra-ataque de unos y otros.”²³⁸

Más adelante, en la segunda obra citada, Foucault explica cómo se ha ido dando la ampliación de su panorámica en el estudio de las relaciones de poder, que han ido transformando a los humanos en *sujetos sujetos*:

“El primer modo es sobre los modos de búsqueda, que tratan de darse a sí mismos el estatus de ciencias, la objetivación del sujeto parlante...En la segunda parte de mi trabajo, he estudiado la objetivación del sujeto en lo

²³⁶ Foucault, M. (e. o.: 1977) “El ojo del poder”, *Entrevista con Michel Foucault*. En: Bentham, J. (1980) *El Panóptico*. Traducción de Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría. Ed. La Piqueta, Barcelona.

²³⁷ Foucault, M. (e. o.: 1977) Op. cit.

²³⁸ Foucault, M. (e. o.: 1977) Op. cit

que llamaré “prácticas divisorias”. El sujeto, bien se divide a sí mismo, o es dividido por otros... Finalmente he buscado estudiar -este es mi estudio actual- la forma en que un ser humano se torna a sí mismo en sujeto... Por tanto, no es el poder, sino el sujeto, lo que ha sido el tema general de mi investigación.”²³⁹

Entra después a explicar los componentes y “*necesidades conceptuales*”, para el análisis de las relaciones de poder, que abarque a la objetivación del sujeto y “...*una nueva economía de las relaciones de poder*...”²⁴⁰

Propone Foucault como estrategia metodológica para el análisis de las relaciones de poder que, en vez de realizar el análisis del poder desde las racionalidades internas, se haga a través “...*del antagonismo de las estrategias*...”²⁴¹

Más que hablar de *poder* como tal, sin más, Foucault habla de *relaciones de poder* y pregunta: “...*qué es el poder y de dónde viene el poder*...”, destacando que no basta con preguntarse, de manera tangencial “...*qué pasa?*”, ya que el término *poder*, llama a “...*relaciones entre socios...no considerado como un juego con reglas fijas, sino ...como un conjunto de acciones que introduce a otras y es seguida por otras*.”²⁴²

Al explicar las *relaciones de poder*, habla de su naturaleza específica:

“Las relaciones de poder, relaciones de comunicación, capacidades objetivas, no deben ser por tanto confundidas... Es una cuestión de tres tipos de relaciones, que de hecho, siempre se traslapan unas sobre otras, se apoyan mutuamente y se usa unas a otras mutuamente como medios y como fines... la coordinación entre estos tres tipos de relaciones, no es uniforme ni constante... pero constituyen “bloques”... de sistemas concertados y regulados... estos bloques... constituyen lo que uno puede llamar ...”disciplinas”...”²⁴³

Esta forma de concebir el *poder*, como *relaciones de comunicación*, y *capacidades objetivas*, nos permite analizarlo, considerando los *actores* que participan en dichas relaciones; los vínculos que desarrollan entre sí; las *posiciones* que detentan; las *estrategias que utilizan*; así como las *metas estratégicas* que persiguen.

²³⁹ Foucault, M. (e. o.: 1982) “The Subject and Power”. In: Rabinow, P. & Rose, N. (2003) *The Essential Foucault. Selections from Essential Works, 1954-1984*. The New Press. New York. p. 126

²⁴⁰ Foucault, M. (e. o.: 1982) Op. cit. p. 127.

²⁴¹ Foucault, M. (e. o.: 1982) Op. cit. p. 129

²⁴² Foucault, M. (e. o.: 1982) Op. cit. p. 134-135

²⁴³ Foucault, M. (e. o.: 1982) Op. cit. p. 135-136

En relación con la especificidad de las relaciones de poder, explica más adelante que el poder solamente existe en la medida en que es ejercido sobre otros, a través de las acciones que se realizan y que se van enlazando, las unas con las otras, de las que, no obstante, se pueden dar innumerables posibilidades; de ahí su carácter polimorfo.²⁴⁴

Algo importante a considerar, a manera de aclaración, es que el poder no necesariamente es ejercido a través de la violencia; opera más en el campo de las posibilidades:

“Es un conjunto de acciones, de posibles acciones, incita, induce, seduce, hace más fácil o más difícil, libera o permite...es siempre una posibilidad de hacer algo sobre uno o varios sujetos actuantes, por medio de la actuación o la capacidad de actuación. Un conjunto de acciones sobre otras acciones.”²⁴⁵

Definidas las relaciones de poder como “...conducta de conductas y...administración de posibilidades.”, el poder se constituye, no en una permanente confrontación, cuanto en una “...cuestión de ‘gobierno’... la forma como la conducta de individuos o de grupos puede ser dirigida.”; es decir, la manera en que se puede estructurar el campo de posibilidades de acción de los demás, sobre quienes se ejerce dicho control.²⁴⁶

Concretando sobre la forma de analizar el poder, Foucault plantea que es legítimo realizarlo, teniendo cuidado en la elección de las instituciones en las que se realiza, sobre lo cual, hace una curiosa exhortación, que es clave en el diseño del análisis:

“...uno debe analizar las instituciones desde el punto de vista de las relaciones de poder y no lo contrario y que el anclaje fundamental de las relaciones, aunque estén entretejidas y cristalizadas en una institución, será encontrada fuera de la institución.”²⁴⁷

Esta advertencia es muy importante, sobre todo si por institución estamos entendiendo algo más que un conglomerado de personas o de estructuras físicas, para lo cual se necesita establecer una red de aspectos a indagar, ente los que

²⁴⁴ Foucault, M. (e. o.: 1982) Op. cit. p. 137-138

²⁴⁵ Foucault, M. (e. o.: 1982) Op. cit. p. 138

²⁴⁶ Foucault, M. (e. o.: 1982) Op. cit. p. 138

²⁴⁷ Foucault, M. (e. o.: 1982) Op. cit. p. 40

destaca Foucault, el *sistema de diferenciaciones*; los *tipos de objetivos* que persiguen las personas que ejercen el poder; los *instrumentos* o *modos* a través de los cuales se implanta; las *formas de institucionalización* y las *formas en que se racionaliza* su ejercicio.²⁴⁸

Por último, considerar la noción foucaultiana de *Gobernamentalización* como el conjunto de conceptos *genealógicos*, que nos permite entender la forma como el Estado, a través de sus instituciones, es capaz de articular el *saber* y el *poder*, en sus prácticas para y con la sociedad, que le llevan a crear, modificar o desaparecer sus aparatos de gobierno, con propósitos que no siempre actúan a favor de las mayorías a quienes se dice representar. Foucault, al conceptualizar la *Gobernamentalidad*, reflexiona sobre la vigencia e importancia de las decisiones gubernamentales, así:

“Tal vez, después de todo, el Estado no es más que una realidad compuesta y una abstracción mistificada, cuya importancia es bastante más limitada de lo que nosotros pensamos. Tal vez lo que es realmente importante...es no tanto la estatización de la sociedad, como la “gubernamentalización” del Estado”²⁴⁹

La relación entre *discurso* y *poder* que se utiliza en este estudio, es tomada desde la perspectiva *foucaultiana*, que encontramos en un documento de 1978 denominado *Diálogo sobre el Poder*, que es la transcripción de una entrevista realizada a Foucault con estudiantes del Pomone College, en Claremont, California, en la que, ante una pregunta formulada sobre la relación entre *discurso* y *poder*, plantea:

“No busco encontrar por detrás del discurso alguna cosa que sería el poder y su fuente, tal como en una descripción fenomenológica o como en cualquier otro método interpretativo. Yo parto del discurso tal cual este es!...El tipo de discurso que practico no trata del problema del sujeto parlante, sino que examina las diferentes maneras por las cuales el discurso desempeña un papel en el interior de un sistema estratégico en el que el poder está implicado y para el cual el poder funciona...El poder es alguna cosa que opera a través del discurso, es un elemento en un dispositivo estratégico de relaciones de poder.”²⁵⁰

²⁴⁸ Foucault, M. (e. o.: 1982) Op. cit. p. 140-141

²⁴⁹ Foucault, M. (e. o.: 1978b) “Governmentality”. In: Rabinow, P. & Rose, N. (2003) *The Essential Foucault. Selections from Essential Works, 1954-1984*. The New Press. New York. p. 244.

²⁵⁰ Foucault, M. (e. o.: 1978a) “Diálogo sobre o Poder”. Barros de Motta, R. (Org.) (2006) *Michel Foucault Estratégia, Poder-Saber*. Barros de Motta, R. (Org.) 2a. Ed. Forense Universitaria. Río de Janeiro. p. 253.

Condiciones de Posibilidad: Discurso Científico, Globalización, Institucionalidad, Gobernanza

Desde Kant, el cuestionamiento sobre las *condiciones de posibilidad* de lo que nos rodea, de lo que podemos hacer y lo que debe de ser considerado como ciencia; así como los temas y problemas que nos corresponde resolver, han sido y continúan siendo objeto de discusión.

Con el surgimiento del campo disciplinar conocido como Ciencias Sociales, a finales del siglo XVIII y su posterior desarrollo en los dos siglos subsiguientes, la polémica en relación con el grado de cientificidad de las Ciencias Sociales, en el concierto de las disciplinas, ha estado acompañada por las discusiones académicas en relación a las posturas *positivista*, *neo-positivista*, *crítica* y *constructivista*; y cualquier combinación de dichos enfoques de elaboración de conocimiento.

A lo largo de la historia, han surgido temas relacionados con el desarrollo de la vida de las personas y comunidades, los cuales han demandado de abordajes plurales e ingeniosos, ya sea de forma puntual o sostenida en el tiempo, como es el caso del tema de salud que, en todos sus ámbitos, necesita del concurso, y sobre todo del diálogo de múltiples disciplinas para poder dar cuenta de los retos y demandas de las poblaciones afectadas.

Quizás uno de los problemas de salud que, desde su surgimiento ha probado plantear los mayores desafíos a la humanidad en su conjunto es la situación del VIH y SIDA, así como una semblanza general de las diferentes aproximaciones para el abordaje de la salud de las poblaciones. No obstante, de manera entrelazada con estas *situaciones* y *respuestas*, subyace una historia, mundial y nacional, que atañe directamente al desenvolvimiento de los acontecimientos en cada uno de esos momentos, a la cual denominaremos *condiciones de posibilidad del derecho a una respuesta integral*.

El concepto de *condiciones de posibilidad* es retomado por Foucault, al explicar la forma como llegar a desentrañar la construcción del conocimiento a partir de las *formaciones discursivas* y *formaciones no discursivas*, que explicamos en el apartado

anterior, así como a los sistemas de *positividad* y *discontinuidad* que se han discutido también. Expone Foucault:

“Bajo el término general de “condiciones de posibilidad” de una ciencia, dos sistemas heteromorfos deben ser distinguidos. El primero define las condiciones de una ciencia como ciencia...el otro sistema concierne con la posibilidad de una ciencia en su existencia histórica”²⁵¹

Esta diferenciación cobra importancia en el trabajo *arqueológico-genealógico*, debido a que permite el estudio de la construcción del *saber*, despojándole temporalmente de su estatuto intocable como disciplina, buscando más bien, cuáles son sus límites, nexos y posibilidades.

En el caso del VIH y SIDA, plantearse una interrogante tal, remite al estudio de las corrientes de conocimiento que se han construido a partir del objeto de estudio *VIH* y *SIDA*, que, como sus siglas los significan, se refieren, respectivamente, a un *virus*: *Virus de Inmunodeficiencia Humana* y a un *síndrome*: *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*; conceptos surgidos, el primero de la *Microbiología* y la *Patología*, en tanto que el segundo, surgido de la *Clínica*; resultando, de suyo que el VIH y SIDA tiene una condición de pecado original, que le ha impedido trascender una óptica de corte bio-médico que implica una serie de limitaciones para su abordaje desde otras disciplinas que se imponen para dar cuenta de una serie de medidas de tipo social, cultural y político que conllevarían a unas labores más integrales, en las cuales se abordara simultáneamente la *prevención*, la *atención* y las necesidades de las personas, afectadas o no, desde una perspectiva de respeto a los *Derechos Humanos*.

El reto consiste, pues, en cómo concebir un *objeto de estudio* que es más que un virus o un síndrome en una comunidad, cómo lo puede concebir la Microbiología, la Medicina Clínica o aún la Epidemiología; o concebirlo, más bien, desde una óptica de Salud Pública, con sus labores ancladas en la comunidad, pero también en las decisiones políticas que incumben al Estado para beneficio de la colectividad. Para asumir este reto, para ir más allá del modelo médico que ha instituido una especie de orden del discurso sobre el SIDA, las propuestas metodológicas de Foucault parecen especialmente útiles.

²⁵¹ Foucault, M. (e. o.: 1968) Op. cit. p. 416.

En un texto de 1976 titulado “¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?” Foucault, que anteriormente había publicado *El nacimiento de la clínica*, escribía la siguiente reflexión, que también puede servir para orientar esta investigación: *El problema no es saber si se requiere una medicina individual o social, sino cuestionar el modelo de desarrollo de la medicina a partir del siglo XVIII, cuando se produjo lo que podríamos denominar su “despegue”. Este “despegue” sanitario del mundo desarrollado estuvo acompañado de un desbloqueo técnico y epistemológico de considerable importancia de la medicina y de toda una serie de prácticas sociales. Y estas formas propias del “despegue” condujeron a la crisis actual. La cuestión estriba en saber: a) ¿cual fue ese modelo de desarrollo?, b) ¿en qué medida se puede corregir?, c) ¿en qué medida puede ser utilizado actualmente en sociedades o poblaciones que no conocieron el modelo de desarrollo económico y político de las sociedades europeas y norteamericana? En resumen: ¿cual es este modelo de desarrollo?; ¿puede ser corregido y aplicado a otros lugares? Y más adelante señala: En realidad la intervención autoritaria de la medicina en un campo cada vez mayor de la existencia individual o colectiva es un hecho absolutamente característico de nuestro tiempo. Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que exceden con mucho la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo.*²⁵².

El problema aquí resumido se vincula estrechamente con las discusiones que, sobre las bondades y las dificultades de la *multidisciplinariedad* e *interdisciplinariedad*, se han dado en los ámbitos académicos de finales de siglo y comienzos del actual. No obstante, el concepto verdaderamente central al giro en la creación del conocimiento a partir de una construcción conjunta del *objeto de estudio* viene de la mano del concepto de *transdisciplinariedad*. De donde se colige que no son lo mismo la *multidisciplinariedad*, que la *interdisciplinariedad* o la *transdisciplinariedad*, sobre todo en un campo que demanda de tal *integralidad*, como es la salud.

La *multidisciplinariedad* puede practicarse con solamente reunir a un numero de profesionales de diferentes disciplinas trabajando aspectos distintos en torno a un tema específico, sin tener discusiones conceptuales sobre el mismo, cada quien abordándolo desde su propio cuerpo teórico-conceptual; la *interdisciplinariedad* se considera un escalón de mayor integración, y se da a partir de la discusión conjunta,

²⁵² Foucault, M. (1999) *Estrategias de poder*, Paidós, Barcelona. p. 347 y 353.

entre las diversas disciplinas, de aspectos relevantes del objeto de estudio, pero bajo un enfoque dominante de una de las disciplinas, que es lo que suele ocurrir en el tema de VIH y SIDA respecto del enfoque biomédico, con el resto de las disciplinas involucradas en su abordaje. Por último, la *transdisciplinariedad* se concibe como la *construcción conjunta de un objeto de estudio* a abordar, procurando consensuar un problema común o mezclando y reconociendo la importancia mutua de conceptos y teorías comúnmente aceptados.²⁵³

Parte de las dificultades para el logro de la deseada *transdisciplinariedad*, tiene que ver con el estatuto dado a las diferentes disciplinas desde los ámbitos académico e institucional, fenómenos estudiados hace varios años por académicos como Bourdieu, que en su estudio titulado *Homo Academicus*, encontró que la academia es un espacio de diferentes tipos de poder en el que las disciplinas valen más o menos, en función de su nivel de prestigio, utilidad y vínculo con la realidad.²⁵⁴ En la actualidad, dicho análisis estaría además permeado por las posibilidades que las diferentes disciplinas tienen de poder comercializar sus hallazgos de investigación, de la mano de las nuevas tendencias de complementariedad entre la academia, el Estado y el sector privado.

Por otro lado, la *transdisciplinariedad* se dificulta por las dificultades intrínsecas que las mismas Ciencias Sociales tienen a su interior y que llevaron, en la última década del siglo pasado a hacer una revisión y replanteamiento de su estatuto, que fue realizado por un equipo de profesionales de diversas disciplinas, conducido por Immanuel Wallerstein, quien coordinó la obra *Abrir las Ciencias Sociales*, publicada en 1996. En dicha obra se hace un recuento del surgimiento y la trayectoria de las ciencias sociales hasta la primera mitad del siglo XX, dejando entrever que su evolución ha estado ligada a la evolución del sistema capitalista, al explicar cómo el núcleo duro de las ciencias sociales –Sociología, Ciencias Políticas y Economía– tienen un vínculo, cada una de ellas, con la sociedad, el Estado y el mercado; y que, para efectos del bienestar y crecimiento del sistema capitalista, dichas disciplinas se han mantenido separadas en el ámbito académico, dificultando de esa forma un enfoque integrado o interdisciplinario que permita un mejor planteamiento de la

²⁵³ Rosenfield, P.L. "The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences" *Soc. Sci. Med.* Vol. 35. Issue 11. December 1992: 1343-1357

²⁵⁴ Bourdieu, P. (2009) *Homo Academicus*. Siglo XXI. México.

problemática que aqueja a las sociedades. Por otro lado, su carácter preferentemente cuantitativo, le ha permitido granjearse un espacio de credibilidad y respetabilidad y una aureola de cientificidad, no solamente en los ámbitos académicos, sino también de otras instituciones.²⁵⁵

Al examinar con más minuciosidad la evolución de las ciencias sociales a partir de los años 50s, se nota una apertura en abanico, para abarcar otros terrenos de estudio en los campos antropológico y cultural, que le ha permitido mantener vigencia a medida que los sistemas económicos y sociales han venido evolucionando, al tenor del fenómeno conocido como *Globalización*. Estos cambios han afectado la estructura y nexos de las unidades académicas al interior de las instituciones de nivel superior; no obstante, ha seguido dándose, como explica Wallerstein, una pretendida superioridad de las llamadas *ciencias duras* que no ha permitido una verdadera complementariedad interdisciplinaria.²⁵⁶

El planteamiento de Wallerstein y su equipo de *abrir las ciencias sociales*, lleva implícito el reconocimiento de la necesidad de efectuar una serie de transformaciones al interior de las instituciones de nivel superior para que esa apertura responda a las necesidades actuales, sobre las que brinda al final una serie de recomendaciones: *reflexionar sobre el fundamento racional de las disciplinas; revisión de las universidades de su estructura tripartita –humanidades, ciencias naturales, ciencias sociales–, considerando que estas últimas pudieran ser el eje estructurador disciplinar; la formación de grupos de trabajo en torno a temas específicos por períodos específicos, financiados para investigaciones; por último, una recomendación sobre la compartición de tiempo y carga de docentes y estudiantes de postgrado*²⁵⁷. Estas recomendaciones, que tienen más de una década de haberse formulado, solo han sido consideradas tímidamente en las universidades latinoamericanas.

Las demandas del discurso científico, como hemos visto, se deben, ya no tanto a las demandas del Estado o de la sociedad, sino que a las del mercado, al tenor de las exigencias del fenómeno conocido como *Globalización*. Como fenómeno de nuestro tiempo, la *Globalización* tiene repercusiones de índole política, social,

²⁵⁵ Wallerstein I. (Coord.) (2007) *Abrir las ciencias sociales*. Siglo XXI Editores, S.A. de C.V. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. UNAM. México.

²⁵⁶ Wallerstein I. (Coord.) (2007)

²⁵⁷ Wallerstein I. (Coord.) (2007)

económica, y obviamente también en los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones. Tiene también un alto impacto en el comportamiento de las *instituciones*, que ahora son más globales, y por supuesto, también en los procesos de *gobernanza* de los países, sobre todo aquellos que, por sus limitaciones económicas, son sumamente dependientes de la cooperación externa.

Algunos estudiosos de la *Globalización* la definen como:

“...la escala ampliada, la magnitud creciente, la aceleración y la profundización del impacto de los flujos y patrones transcontinentales de interacción social...que enlaza comunidades distantes y expande el alcance de las relaciones de poder a través de regiones y continentes de todo el mundo.”²⁵⁸

Numerosos estudios apuntan al establecimiento de los vínculos existentes entre los aspectos ya mencionados -económico, político y social- con los procesos de salud y de *gobernanza* de la salud, tanto a través de las denominadas *condicionantes sociales de la salud*, como a través de las respuestas sociales e institucionales que se acostumbra dar a los problemas de salud que se generan.

En relación con los aspectos económicos, el establecimiento de de los tratados internacionales ligados a las actividades comerciales, como el Tratado de Libre Comercio TLC y el del Área de Libre Comercio de las Américas ALCA, tiene implicaciones para la prestación de servicios de salud, en los que tiene un rol preponderante el suministro de medicamentos y otros equipos y suministros, que estos tratados regulan en su comercialización.

Parte de las consecuencias de la *globalización* se reflejan también en los niveles de *gobernanza* que los Estados van teniendo con sus instituciones, y que muchas veces se refleja en el grado de control que se tiene para tomar decisiones, ya sea de orden político o técnico, sobre todo cuando son escasas las posibilidades de debates teórico-conceptuales al interior de las instituciones y entre estas y el resto de la sociedad.

Stoker, profesional de las Ciencias Políticas en la Universidad de Strathclyde, Glasgow, hace años planteaba que la *gobernanza* alude a formas de gobierno en las

²⁵⁸ Held, D. y Mc Grew, A. De Francisco, A. (2003) *Globalización/Antiglobalización. Sobre la reconstrucción del orden mundial*. Paidós. Barcelona. P. 13

que se creen las condiciones para una acción colectiva. En su propuesta teórica plantea cinco características de la *gobernanza*; en primer lugar, se refiere al complejo conjunto de actores e instituciones en las que pueden ser incluidas otras instancias, más allá de las instituciones de gobierno; la abolición de los límites y responsabilidades para la atención de los asuntos económicos y sociales; la identificación de la dependencia de poder involucrada en las relaciones entre instituciones participantes en las acciones colectivas; la *autonomía* para el auto-gobierno de las redes de actores; y por último, el reconocimiento de la capacidad para el logro de metas, que no necesariamente descansan en el poder del gobierno para mandar o usar su autoridad, sino que ve al gobierno como capaz de utilizar nuevas herramientas y técnicas de consulta y conducción.²⁵⁹

La serie de características planteadas por Stoker, a simple vista habla de un Estado, y sobre todo de una sociedad robusta, con espacios de diálogo consolidados por procesos democráticos de larga data. Por otra parte, Keohane se refiere a los aspectos de legitimidad vinculados a la *gobernanza*, sobre todo en los Estados que tienen poco desarrollo institucional y societal, a los cuales define como en situaciones de *bajo poder*. Plantea que, en este tipo de Estados, la pregunta principal no debería ser cuáles decisiones colectivas son las mejores, sino más bien, preguntarse, cómo deberían de actuar los individuos cuando las decisiones colectivas no son factibles, ejemplificadas con la famosa frase de Hobbes de “guerra de todos contra todos” En este caso, primero habría que hablar de *aceptabilidad* y de *legitimidad*.²⁶⁰

Keohane plantea que se debe aspirar a lograr tres propósitos, enmarcados en cuatro criterios para poder avanzar en la legitimidad de los procesos que permitan consolidar la *gobernanza*. Los propósitos son, el *apoyo coordinado* para la creación de normas e información que permita a los diferentes actores, coordinar sus acciones de manera benéfica para todos; un segundo propósito encaminado a lograr *justicia* y *legitimidad*, que demandan de un proceso continuado de trabajo, ya que se requiere de instituciones fuertes y transparentes para el logro de la justicia; el tercer propósito

²⁵⁹ Stoker, G. “Governance as theory: five propositions”. *ISSJ* 155/1998.

²⁶⁰ Keohane, Robert O. 2007: “Governance and Legitimacy. Keynote Speech Held at the Opening Conference of the Research Center” (SFB) 700 (with comments by Fritz W. Scharpf), *SFB-Governance Lecture Series, No. 1*, DFG Research Center (SFB) 700, Berlin, February 23, 2007.

que menciona es de una *evaluación dinámica*, significando con esto, la flexibilidad y prontitud que debe tenerse para avizorar e interpretar los cambios que se requieren en las instituciones y la sociedad, con capacidad de mejoramiento en sus respuestas, sobre todo pensando en los resultados a largo plazo.

Los criterios que el autor propone son, en sus palabras una “*aceptabilidad moral aceptable*”, sobre todo en aspectos de respeto a los derechos y transparencia en el accionar que, no obstante, pueda estar abierta a lograr mayores niveles de justicia institucional; un segundo criterio de *ventaja comparativa*, más allá de las ventajas instrumentales que contiene, una respuesta basada en la *gobernanza* institucional, le proporciona legitimidad, lo cual le permite mayor sostenibilidad en el tiempo; otros criterios mencionados por el autor son la *integridad institucional* y la *calidad epistémica*. Esta última, en opinión de la investigadora, reviste una importancia fundamental, ya que muchas veces las instituciones, cuya debilidad teórica o técnica es palpable, no pueden tener firmeza en sus opciones y decisiones, así como también, se dificulta el deseable intercambio entre los participantes.

En un estudio sobre la forma como los actores gubernamentales y no gubernamentales de diferentes países colaboran entre sí para posicionar los temas de salud, Labonté, R. y Gagnon, M., encontraron que existen marcos de política que condicionan la forma como se conceptualiza la salud como política exterior. Entre ellos, encontraron de dos tipos, los cuales denominaron, de *alta política* y de *baja política*, respectivamente; entre los primeros consideraron la *seguridad, comercio y bienes públicos*, en tanto que en los segundos, incluyeron los temas de *desarrollo, derechos humanos y razonamientos ético-morales*. Los resultados apuntaron a que los argumentos entre uno y otro tipo pueden ser contradictorios, pero también complementarios. También fue patente que los discursos de *baja política*, aunque presentes en el discurso, no aparecen como dominantes en la práctica. Resumidos los hallazgos, se puede afirmar que, en tanto que se ha creado una atmósfera política positiva para los temas de salud a nivel de política mundial, lo que permanece aún poco claro es la forma cómo encuadrar el tema para una mayor *gobernanza* internacional sobre el mismo.

Pensar en *condiciones de posibilidad para el derecho a una respuesta integral*, en una situación de la magnitud del VIH y SIDA, en un tipo de sociedad como la hondureña, demanda de altos niveles de *gobernabilidad*, que permitan a los diferentes

sectores llamados al concurso en dicha respuesta, a construir conjuntamente, y desde diversas disciplinas y espacios de poder, el conocimiento y las acciones pertinentes. Dichas acciones deberían abarcar, ya sea desde el ámbito *preventivo*, de *atención* y de *apoyo*, no solo para las PVIH, sino para todas aquellas personas que, por diferentes razones se encuentran en situación de vulnerabilidad.

La vulnerabilidad no debiera reducirse a los grupos identificados por razones epidemiológicas, sino que, considerando el principio de la *vulnerabilidad global*, consiste en trabajar con el conjunto de la población y las instituciones del Estado, a través de programas permanentes, *integrales*, *horizontales*, *transdisciplinarios* y que promuevan la *autonomía* de las personas, en un proceso continuado de construcción de *gobernanza* que permita, al mismo tiempo, el fortalecimiento de las instituciones de gobierno, con el acompañamiento de sectores de la sociedad civil.

Metodología para la recolección de información

La población del presente estudio está constituida por dos tipos de universos: documental y de informantes clave. El universo documental, lo constituyeron las *políticas*, *estrategias*, *planes*, *proyectos* e *Informes de avance*, que sobre el tema de VIH y SIDA, se han emitido a nivel nacional e internacional desde el comienzo de la epidemia, y se incluyen también algunos documentos previos que han marcado la pauta en materia de políticas o estrategias posteriores. El universo de los informantes clave, lo constituyeron los funcionarios, profesionales y personas viviendo con VIH que han participado en la respuesta nacional desde sus orígenes.

El muestreo *documental* se realizó tomando en consideración al *emisor*: entidad gubernamental, agencia de cooperación multilateral o agencia de cooperación bilateral; a la *época*, considerándose documentos para el análisis, aquellos emitidos en Honduras desde 1999 hasta 2008, y a nivel internacional, desde antes del comienzo de la epidemia, con aquellos documentos básicos que han tenido repercusión sobre el tema. Se consideró como último criterio, el *tipo de documento*, que incluye: *políticas*, *estrategias*, *planes*, *proyectos* e *Informes de avance*. El total de documentos analizados, utilizando tales criterios fue de 85, los que quedaron integrados de la siguiente manera.

Las *políticas* consideradas, fueron las emitidas internacionalmente como *declaraciones, pactos y convenios*; a nivel nacional, calificaron como *políticas*, las *leyes y reglamentos*. En total se analizaron 14 documentos de *políticas*. En relación con las *estrategias*, fueron consideradas como tales, principalmente aquellas provenientes de las *agencias de cooperación, multilateral y bilateral*, más las nacionales denominadas de esa forma. En total se consideraron 56 documentos de *estrategias*, divididas entre *estrategias de planificación*, 19; *estrategias de prevención*, 18; *estrategias de atención*, siete; *estrategias de promoción de los derechos humanos*, seis; y *estrategias de coordinación*, seis.

El resto de los documentos analizados se compone de tres *Planes Estratégicos de Respuesta Nacional*, cinco *proyectos* de trascendencia nacional, y siete *Informes de avance*, tres de ellos, presentados ante la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Este segundo bloque de documentos, es totalmente, de producción nacional. (Ver Anexos A y B)

El muestreo de los informantes cualificados fue por conveniencia, considerando los criterios de conocimiento y participación en la respuesta nacional desde sus orígenes y de una manera constante a lo largo de la última década. Han sido considerados profesionales de diversas disciplinas participantes en la *respuesta nacional*, incluyendo investigadores de talla nacional e internacional; funcionarios de la Secretaría de Salud que han ocupado cargos directivos; profesionales que atienden directamente a las PVIH; oficiales de proyectos de agencias de cooperación y de organizaciones no gubernamentales; académicos universitarios de solida reputación, con publicaciones vigentes en el tema de VIH y SIDA y los Derechos Humanos; y PVIH, que han tenido una trayectoria sólida de varios años en la respuesta nacional. En total se realizaron y analizaron ocho entrevistas en profundidad. (Ver Anexo K)

Propuesta analítica: Interacciones y Contradicciones de las Formaciones Discursivas y Formaciones No-Discursivas

Los documentos fueron seleccionados, clasificados y revisados en lo que atañe a sus declaraciones principales: *propósitos, objetivos, principios, lineamientos, metas estratégicas, posiciones de política, logros y resultados*, dependiendo del tipo de documento analizado.

Para cada tipo de documento se elaboraron matrices que recogen los datos señalados, y que sirvieron de base para el análisis posterior. Así, para las *políticas*, se analizó el emisor, la fecha de emisión y los propósitos manifiestos en el documento respectivo.

Las *estrategias* fueron, igualmente, clasificadas por año, emisor y *tipo* de estrategia analizada, introduciendo en la base de datos, lo relativo a los propósitos declarados de cada una. En ese sentido, se analizaron por separado las *estrategias* de *planificación*, de *prevención*, de *atención*, de *promoción de los Derechos Humanos* y de *coordinación*.

Algunos de los documentos que requirieron de mayor nivel de análisis, por tratarse de documentos nacionales, fueron los *planes*, PENSIDA, PENSIDA II y PENSIDA III, de los cuales interesaba conocer su evolución en relación con las Áreas Estratégicas definidas, los objetivos declarados en los mismos, así como las etapas que fueron definidas en cada momento, con el propósito de escudriñar en la búsqueda de los *objetos*, *conceptos*, *estrategias* y *tecnologías de implementación* mencionadas en los mismos; por tanto, se elaboraron sendos cuadros para cada uno de estos aspectos, mostrando la comparación entre los tres *planes estratégicos* nacionales; cada uno, así como las contribuciones concretas que reportaron en la evaluación final.

Para los documentos de *proyectos*, se elaboró también una matriz, contentiva de los datos del nombre del proyecto, el ente cooperante financiero de los mismos, el período de ejecución de cada uno, el monto financiero de cada proyecto, las principales estrategias y objetivos de cada uno, así como las contribuciones concretas que reportaron en la evaluación final.

Para los *informes*, se elaboraron dos cuadros, el primero, que refleja dos cortes en el tiempo, 2000 y 2006, únicos dos años en los que se han realizado estudios sobre la medición del gasto en SIDA en Honduras; el primero utilizando la metodología del BID y el segundo utilizando la metodología MEGAS, del Banco Mundial; en ambos, se consigna la contribución al gasto en SIDA en Honduras, proveniente del *sector público*, de los *hogares*, de parte de *ONGs privadas*, así como, de la *cooperación internacional*. Igualmente se detalla, en el estudio de 2006, el monto de gasto por función, sea de *atención*, *prevención*, *hospitalizaciones*, *laboratorio* y “*otras actividades*”.

El segundo cuadro elaborado ilustra los *informes*, se refiere a la comparación de cuáles fueron los *indicadores solicitados* por ONUSIDA y los *indicadores reportados* por el Estado de Honduras para los compromisos de UNGASS en los años 2003, 2005 y 2008, respectivamente. Se detalló, para cada año de informe, las permanencias o cambios en los indicadores solicitados; así como la aplicabilidad, presentación u omisión de los datos solicitados, que fueron presentados por el Estado hondureño a lo largo del período que comprende los tres informes de UNGASS.

Con la información contenida en cada uno de los cuadros, se elaboró una base de datos en *File Maker Pro7* para el registro correspondiente de los datos de las matrices por documento, destacando sus *datos generales*: tipo de documento, año de publicación, emisor, vigencia del documento, declaraciones principales; posteriormente, desarrollando la técnica de análisis de contenido. Acto seguido, se procedió a identificar, siguiendo la propuesta metodológica foucaultiana del análisis *arqueológico y genealógico*, a los elementos de las *formaciones discursivas*: *objetos, formas de enunciación, objetos y estrategias*; y de las *formaciones no discursivas*: *autoridades, mecanismos de autoridad, tecnologías de implementación y metas estratégicas de poder*, hasta conformar un protocolo *ad hoc*, el cual fue, posteriormente, aplicado a cada documento analizado, en procura de elementos característicos, que posteriormente sirvieron para definir los enfoques *Clínico-Multidisciplinar* y de *Derechos Humanos-Transdisciplinar*.

La pretensión analítica, por tanto, en este estudio es que, debido a que las posibilidades de respuesta ante un fenómeno como el VIH y SIDA pueden ser amplias y diversas, pero siempre afincadas en las *formaciones discursivas* y las *formaciones no discursivas* que les han dado vida, interesa poder identificar *interacciones* y *contradicciones* que conforman las *positividades* y le dan forma al *saber* y las expresiones de *poder* en relación con la respuesta nacional.

Interesa, por tanto, saber, cuáles son los *objetos* predominantes en el tema, *quiénes* los han escogido, cómo son *enunciados*, a partir de qué *mecanismos de autoridad* se constituyen, permanecen, o son desechados; bajo qué *conceptualizaciones teóricas* se abordan, cuáles son las *tecnologías* que surgen, se imponen, predominan o son descartadas, *quienes* abogan por ellas, con qué propósitos y mediante cuáles *estrategias*. Es decir, se trata de desvelar el entretejido de *saberes* y *mecanismos de poder* que ha hecho, de la respuesta dada en Honduras

hasta ahora, lo que es, y ninguna otra cosa distinta; a pesar del establecimiento de declaratorias de buena voluntad, o de recuentos estadísticos y epidemiológicos, que solamente nos permiten atisbar un modelo funcional con entradas y salidas sistémicas estilo *caja negra*, que no explican la dinámica interna del *discurso* y de los *dispositivos* de poder que se han puesto en acción a lo largo de los años de respuesta nacional.

Los resultados del presente estudio se presentan en los Capítulos VI y VII. El Capítulo VI, denominado *Discursos, Poderes, Sujetos, los paradigmas de las Formaciones Discursivas y su aplicación al caso del VIH y SIDA en Honduras*, consta de dos partes: *Los componentes de las formaciones discursivas*, y *Los componentes de las formaciones no discursivas*. En el primero, se muestran los resultados correspondientes a los elementos de las prácticas discursivas: *objetos, mecanismos de autoridad, conceptos y estrategias*, que han sido identificados en los documentos analizados, según criterios de tipo de documento y de época en que fueron emitidos, a partir del análisis realizado de los documentos introducidos en la base de datos. Se elaboraron cuadros de frecuencias, para cada una de las *formaciones discursivas*, según *tipo de documento* y según *época*, tanto para los documentos en su conjunto, como para los documentos nacionales.

En la sección *Los componentes de las formaciones no discursivas* se presentan los resultados referentes a las *autoridades, mecanismos de autoridad, tecnologías de implementación y metas estratégicas de poder* que comprenden las *formaciones no discursivas* identificadas en los documentos analizados. En esta segunda sección, también se elaboraron cuadros de frecuencias correspondientes según *tipo de documento* y según *época* en los documentos en su conjunto y en los documentos nacionales.

El Capítulo VII denominado *Los enfoques de respuesta: el debate entre el Enfoque Biomédico y el Enfoque de Políticas de Atención Integral*, consta de cuatro secciones; la primera, denominada *Interacciones, Contradicciones, Transformaciones y Eventos en el Discurso Internacional sobre VIH y SIDA*, presenta un modelo explicativo sobre la identificación de las *positividades y discontinuidades*, que a su vez nos permiten identificar los saberes predominantes y mecanismos de poder prevalecientes. Este modelo explicativo ilustra las semejanzas y diferencias que se han encontrado entre los documentos identificados a nivel mundial y aquellos que son de elaboración nacional, en función de un modelo analítico de respuesta propuesto,

que consta de dos enfoques: *Enfoque de Respuesta Clínico-Multidisciplinar* y *Enfoque de Respuesta de Derechos Humanos-Transdisciplinar*.

La segunda y tercera secciones del Capítulo VII se dedican a explicar el *Enfoque de Respuesta Clínico-Multidisciplinar* y el *Enfoque de Respuesta de Derechos Humanos-Transdisciplinar*, respectivamente, identificados en los discursos sobre VIH y SIDA en Honduras, en los documentos nacionales, haciendo énfasis en tres cortes temporales que van, el primero, hasta antes de 2002; el segundo, de 2003 a 2005; y el tercero, de 2006 a 2008. La escogencia de los períodos temporales en los cuales se han realizado los cortes analíticos, obedece a la coincidencia con dos tipos de documentación crucial en la respuesta nacional: los tres *planes estratégicos* elaborados, el PENSIDA 1998-2002; el PENSIDA II 2003-2007 y PENSIDA III 2008-2012; así como los tres *Informes de avance* que la República de Honduras ha presentado ante la Asamblea General de UNGASS en los años 2003, 2005 y 2008, respectivamente.

La información identificada en los documentos analizados y ubicada en cada una de las secciones de los Capítulos VI y VII fue complementada con citas de las entrevistas realizadas a los informantes clave. Se trata de una panorámica de cómo los informantes clave consideran la respuesta nacional, tanto en términos de sus *objetos, actores, conceptualización, estrategias, tecnologías de implementación y metas estratégicas de poder*, con el propósito de triangular la información analizada de los documentos seleccionados. Igualmente se hace acopio de las aportaciones de las entrevistas para ilustrar mejor las características de la respuesta nacional, desde la perspectiva de los enfoques *Clínico-Multidisciplinar* y de *Derechos Humanos-Transdisciplinar*. En la última sección del Capítulo VII también se aprovechan segmentos de las entrevistas realizadas para explorar la dinámica del poder en la respuesta hondureña, en función de la *Globalización* y la *Gobernanza*.

En el capítulo de *Conclusiones* de este estudio, se realizó una síntesis de los resultados alcanzados a lo largo de la investigación. La distancia que media entre las prácticas, los discursos y la lógica subyacente a ellos, con el marco jurídico-legal normativo, es decir, el derecho a la salud y el cumplimiento de los derechos humanos, abren la vía a una *respuesta nacional integral*, destacando aspectos, tanto de lo encontrado en el estudio, como de las posibilidades metodológicas del modelo de

análisis foucaultiano propuesto. Una segunda sección, hace las reflexiones finales a las que condujeron los hallazgos del estudio.

Para finalizar, se incluyen, un apartado dedicado a las *Referencias Bibliográficas y Glosario de términos empleados*, en el que se presenta la bibliografía citada a lo largo del presente informe y un apartado que detalla los *Anexos* que sustentan el presente estudio, el cual contiene las matrices explicativas de los diferentes documentos analizados; igualmente, se incluyen en el apartado de anexos, una matriz general que detalla los datos de las personas entrevistadas, así como las transcripciones íntegras de las ocho entrevistas realizadas y la de un grupo de discusión de PVIH, perteneciente al Foro Nacional de SIDA, que se utilizó con fines de reforzamiento de las conclusiones formuladas.

CAPÍTULO III. LA SALUD ES UN DERECHO

CAPÍTULO III. LA SALUD ES UN DERECHO

El propósito de este capítulo es, en la primera parte, denominada *Antecedentes*, plantear cuáles han sido los orígenes de los tipos de sistemas de salud que se han desarrollado, desde el inicio de los sistemas basados en el *Estado de Bienestar*, su posterior declive en función de los cambios económicos y políticos que incidieron en sus recortes y las modificaciones respectivas, sobre todo en los países con recursos más limitados. La segunda sección, denominada *Enfoques en tensión en los sistemas de salud*, expone la lógica que subyace y posibilita la pervivencia del modelo de salud prevaleciente en los países de escasos recursos de América Latina, como Honduras, que se caracterizan por ser fragmentados e inequitativos. Se discute la dinámica de una serie de tensiones que caracterizan a estos sistemas de salud y que condicionan la posibilidad del tipo de servicios que se prestan. Las tensiones analizadas son, entre: *Riesgo-Vulnerabilidad*; *Focalización-Universalidad*; *Medicalización-Interdisciplinariedad*; *Verticalidad-Integralidad*; *Paternalismo-Autonomía*; y *Globalización-Gobernanza*. En la tercera sección, denominada *Implicaciones de las tensiones analizadas en la respuesta al VIH y SIDA*, se hacen algunas consideraciones que tiene la dinámica de tensiones analizadas en la segunda sección, haciendo especial referencia al tema de la respuesta ante el VIH y SIDA.

Antecedentes

El entendimiento de lo que es un sistema de salud ha variado a lo largo del tiempo, sin embargo, hoy día se admite de manera amplia la definición, simple y extensa que da la OMS de un *sistema de salud*, incluyendo: “*todas las actividades cuyo propósito principal sea promover, restaurar o mantener la salud*”. En ese sentido, estarían incluidos, tanto los servicios formales de salud brindados por personal médico, pero también lo estarían las acciones de los curanderos tradicionales; así como el uso de medicamentos, sean estos prescritos por un prestador de servicios, o no. Igualmente se incluiría el cuidado domiciliar de los enfermos, que representa la

mayoría de los casos, así como el tipo de educación para la salud que se proporciona en el sistema educativo.²⁶¹

Los sistemas de salud organizados, de forma aproximada a como los conocemos en la actualidad, comenzaron a estructurarse hace aproximadamente un siglo, alrededor de ideas vinculadas a la protección social, que surgieron en paralelo con cambios sociales en las sociedades europeas que comenzaban sus procesos de industrialización, sobre todo en las áreas urbanas. Esto dio pie a la preocupación estatal por garantizar condiciones de salud y seguridad para los trabajadores fabriles urbanos, quienes a la sazón de la época de finales del siglo XIX, vivían en condiciones altamente insalubres, que eran propicias para la proliferación de enfermedades.²⁶²

En dicha época, de inicio de las naciones-Estado, estaban esbozándose los elementos que vendrían a dar forma, en palabras de Castel, a la “cuestión social”,

“...aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone de nuevo en cuestión la capacidad de una sociedad (lo que en términos políticos se denomina una nación) para existir como un conjunto vinculado por relaciones de interdependencia”²⁶³

Las condiciones sociales y económicas de inicios de la revolución industrial, demandaban cierta atención por parte de los gobiernos, para dar respuesta a las condiciones de vida pauperizadas de la población. Una zona intermedia, plantea Castel, entre la organización política y el sistema económico, donde se ubica “lo social”, como:

“...sistemas de regulación que no son los del mercado, instituidos para tratar de llenar esa brecha...el conjunto de dispositivos montados para promover su integración.”²⁶⁴

Esta serie de dispositivos, fueron organizados en lo que dio en llamarse el Estado social, propiciando *sistemas de protección social*, cuyo objetivo ha sido, en los Estados que han podido llevarlo a un mayor nivel de desarrollo, el garantizar a toda la

²⁶¹ World Health Organization (2000) *The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*. WHO. Geneva. p. 5.

²⁶² World Health Organization (2000) p. 11

²⁶³ Castel, R. (1997) *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica delariado*. Paidós Ibérica. Barcelona.

²⁶⁴ Castel, R. (1997) p. 20.

población, la satisfacción de las necesidades mínimas, en todo momento. Este cometido ha requerido del afinamiento de mecanismos en que se pudieran compaginar los intereses colectivos, al tiempo que se respetaba la propiedad, dando así origen a una nueva forma de propiedad, la *propiedad social*. En palabras de Álvarez-Uría:

“La propiedad social es la propiedad de todos avalada por el Estado de derecho y, por tanto, es la única propiedad de la que efectivamente gozan los no propietarios, la gente sin condición. Mediante la propiedad social los pobres pudieron acceder a la riqueza de un patrimonio común. Se instituía de este modo en el puesto de mando el principio de la solidaridad que alcanzaba su plena expresión mediante el desarrollo de las instituciones públicas, y también a través del buen funcionamiento de los servicios públicos.”²⁶⁵

En dicho contexto, dos modelos surgieron en Europa, vinculados a las propuestas para formular un *Estado de Bienestar*, por un lado el del canciller germano Otto von Bismarck, a quien se le atribuye, según Van Parijs, la institucionalización de los primeros esquemas de “seguridad social”; y por otro lado, el modelo propuesto en el Reino Unido por William Henry Beveridge, como coordinador de la *Royal Comission on the Poor Laws*, que presenta en 1942 un informe conocido como *Beveridge Report*.²⁶⁶

La diferencia entre un modelo y otro, estriba, básicamente en que, en el primero, conocido como *modelo bismarckiano*, su base está en el aseguramiento obligatorio de la población trabajadora, con lo que se conforma un fondo de reserva, empleado para cubrir los gastos ocasionados por necesidades de salud, así como un respaldo financiero en casos de desempleo o invalidez. Este modelo ha sido la base de muchos sistemas de seguridad social en varios países de América Latina y, de la manera como está concebido, tienen derecho a usufructuar los beneficios, quienes hayan cotizado directamente de manera obligatoria; aunque en varios países, esta cobertura ha logrado irse ampliando hacia algunos miembros de la familia inmediata del asegurado directo, variando la edad de la cobertura y el tipo de beneficios incluidos en la misma. Este tipo de modelo apela al *aseguramiento*.²⁶⁷ Valga la pena mencionar

²⁶⁵ Álvarez-Uría, F. “Estado Social versus Neoliberalismo”. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 16 (Dcbre. 2002), pp. 13-23. p. 16

²⁶⁶ Van Parijs, P. “Más allá de la solidaridad. Los fundamentos éticos del estado de bienestar y de su superación.” En: Alonso, M.A. y Giraldo, R.J. (Eds.) (2001) *Ciudadanía y Derechos Humanos Sociales*. Instituto Sindical de Cooperación al Desarrollo. Junta de Andalucía.

²⁶⁷ González, J.I. “Salud y seguridad social” *Espacio Abierto*. Septiembre de 2002. P. 18-24.

que, alrededor de este modelo, que impulsó los sistemas de seguridad social en Latinoamérica, se generó el apelativo de “derechohabiente”, destinado a las personas aseguradas bajo este tipo de régimen.

El segundo modelo, denominado *beveridgeano*, en honor a su creador está, por el contrario, basado en la *solidaridad*, al funcionar a través de un sistema de contribuciones obligatorias, de parte de las personas asalariadas, pero cuyas aportaciones, bien administradas, permiten que los beneficios de la seguridad social, incluyendo los servicios de salud, en este caso, sean usufructuados por toda la población, independientemente de que cotice o no lo haga.²⁶⁸ Este modelo se extendió fuera de las fronteras del Reino Unido, ya sobre la segunda mitad del siglo XX en algunos países del cono sur de Latinoamérica, notablemente, Chile, Uruguay y Argentina, que les ha permitido tener importantes avances sociales y en materia de salud.

Estos dos modelos, vinieron a ser, pues, la pauta a seguir en cuanto a la conformación del Estado social en América Latina, teniendo una coherencia toda vez que se pudiera lograr el empleo pleno en la población de cada Estado que se propusiera implementarlo; no obstante, dicha condición de empleo pleno, en el caso de muchos de los países de la región, no se ha logrado, dando pie a lo que Castel llama la *pérdida del poder integrador* por el desplome de la condición salarial.²⁶⁹

En la década de los 50's del pasado siglo, comenzaron a establecerse los Ministerios de Salud en América Latina, con variaciones en sus nomenclaturas y estructuras, pero bajo un mandato común de erigirse en la *Autoridad Sanitaria Nacional ASN*, con una serie de responsabilidades que tenían como punta de lanza, la provisión de servicios a la población. Dicha tendencia, aunada al surgimiento, en la postguerra, de la Organización Mundial de la Salud OMS, permitiría encuadrar las acciones de los gobiernos, alrededor de lineamientos comunes que procederían de dos vertientes: *políticas y científico-tecnológicas*.

Las abismales diferencias existentes entre los países de Latinoamérica, tanto en términos de composición poblacional, extensión territorial, condiciones geográficas, así como de las tendencias histórico-políticas y culturales, imprimieron rumbos

²⁶⁸ González, J.I. Septiembre de 2002. Op. cit.

²⁶⁹ Castel, R. (1997) Op. cit. p. 23.

diferentes a las posibilidades de la población para acceder a condiciones de vida que permitieran tener una vida saludable, así como a las posibilidades para acceder a servicios de salud proporcionados por el Estado. Estas diferencias han provocado que la forma en que se conceptualice a los países de la región en términos de sus avances sociales haya derivado, para algunos académicos, en clasificarlos como *pioneros*, *intermedios* y *tardíos*, considerando criterios de cobertura, acceso, disponibilidad y calidad de los servicios sociales, incluyendo los de salud. Honduras se encuentra dentro de los países catalogados como *tardíos*, dadas sus limitadas puntuaciones en dichos criterios.²⁷⁰

Las dificultades que los Estados, sobre todo aquellos con las condiciones socioeconómicas más difíciles, enfrentaban para dar respuesta a las necesidades de salud de las poblaciones, obligaron a que, en la década de los años 70's del pasado siglo, a convocatoria del Director General de la OMS, Dr. Halfdan Mahler, se celebrara en 1978 una conferencia internacional para tratar los problemas de salud que aquejaban al mundo, para discutir algunas estrategias de abordaje que permitieran superarlos. Surge así un documento que representó en su momento, el intento por darle al tema de salud, un enfoque amplio e inclusivo, que trascendiera el clásico enfoque biomédico. La *Estrategia de Atención Primaria en Salud APS*, producto de la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud*, en la cual los ministros de salud de todos los Estados Miembros de la OMS, decidieron hacer reformas en sus sistemas de salud para adaptarlos a las condiciones locales. En dicha conferencia, la *Atención Primaria en Salud*, fue definida como:

“...asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [...], llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud”²⁷¹

²⁷⁰ Mesa-Lago. C. (2006) “La extensión de la cobertura de salud en América Latina: problemas y políticas”. *Conferencia Regional Americana “Integración de políticas de protección social para extender la cobertura”* Belize City, Belice, 28-31 de mayo de 2006. p. 1

²⁷¹ Organización Mundial de la Salud. (1978) *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO, 1978.

En aquel momento, el marco conceptual sobre *Derecho a la Salud* no se encontraba muy desarrollado; sin embargo, en la definición anterior, se pueden entrever algunos elementos propios de dicho enfoque.

El destino de la estrategia de *Atención Primaria en Salud*, dadas las condiciones políticas en las que nació, la hizo merecedora de una suerte diferente a lo planteado en el documento original, ya que, dadas las condiciones geopolíticas prevalecientes en ese momento, los elementos de *participación social* y *participación comunitaria*, que eran sus elementos constitutivos, fueron proscritos de la mayoría de los países de Latinoamérica, reduciendo dicha estrategia a medidas selectivas enfocadas a la población materna e infantil, en las que, la participación de la población ni se fomentó, ni se permitió su desarrollo.

Así, la *Atención Primaria en Salud*, como estrategia consensuada y privilegiada por la OPS, pasó en poco tiempo a ser desarrollada como una medida *selectiva* y paliativa en los países de Latinoamérica, a diferencia de otros países, como los europeos, en los que la estrategia adoptó la modalidad de *puerta de entrada* a los servicios de salud.²⁷² En todo caso, el giro dado en América Latina, representó una versión muy modesta de las posibilidades del *derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*.

Al hacer una revisión crítica de esta situación, desde una perspectiva del *Derecho a la Salud*, Flores y Ruano, discuten la evolución de la APS en el contexto histórico latinoamericano como poco favorable para su desarrollo durante las décadas de los 70's y 80's. Analizan también el impacto que tuvo, ya en la década de los 90's, sobre los procesos de avances en los diferentes países de la región, de las instituciones democráticas que permitirían el enclave de las nociones de *Derechos Humanos*; y sus posibilidades de operatividad práctica a través de instituciones del Estado, creadas por primera vez. No obstante, esta situación de avance en el cumplimiento de las libertades políticas y de los derechos ciudadanos en la región, coincidió también con un momento de serias constricciones económicas a nivel

²⁷² Organización Panamericana de la Salud. (2007) *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. OPS/OMS. Washington. p. 4.

mundial, por lo que los avances que se han podido lograr en la implementación de la estrategia APS han sido magros.²⁷³

Honduras suscribe la *Declaración sobre Atención Primaria en Salud de Alma Ata*, y en 1988, la ratificó al firmar la *Declaración Mundial de la Salud*, aprobada por los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud OMS, en su 51° Asamblea Mundial, adoptando la política denominada “*Política de Salud para Todos para el siglo XXI*”, a través de la cual se comprometían a:

“...fortalecer, adaptar y reformar, según proceda, nuestros sistemas de salud, en particular las funciones y los servicios esenciales de salud pública, a fin de asegurar el acceso de todos a unos servicios de salud que se basen en los conocimientos científicos, sean de buena calidad y estén dentro de unos límites asequibles, y que sean sostenibles en el futuro...asegurar la disponibilidad de los elementos esenciales de la atención primaria de salud definidos en la Declaración de Alma-Ata y desarrollados en la nueva política...”²⁷⁴

En la década de los 80’s hubo también esfuerzos mundiales por ampliar la visión de la salud más allá del enfoque biomédico a través de la realización de la *Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud* en 1986, en Ottawa, Canadá, a la cual le han seguido varias más. El enfoque principal de la estrategia de *Promoción de la Salud PS*, según consta en el documento declaratorio, se centra en cinco pilares fundamentales: la *elaboración de una política pública sana*; la *creación de ambientes favorables*; el *reforzamiento de la acción comunitaria*; el *desarrollo de las aptitudes personales*; y la *reorientación de los servicios sanitarios*.²⁷⁵

Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de

²⁷³ Flores, W. y Ruano, A.L. “Atención Primaria en Salud y Participación Social: Análisis del contexto histórico en América Latina, de los desafíos actuales y las oportunidades existentes”. En: IIED (2009) *Salud para todos: una meta posible*. Publicaciones para América Latina. Bs. As.

²⁷⁴ Organización Mundial de la Salud (1988) *Declaración Mundial de la Salud “Política de Salud para todos en el siglo XXI” Resolución WHA51.7*. OMS. Ginebra.

²⁷⁵ Organización Mundial de la Salud (1986) *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. OMS. Ginebra.

Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "*Los Objetivos de la Salud para Todos*" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.²⁷⁶

Obviamente, las consideraciones antes apuntadas, dejan entrever que, en el caso de los países desarrollados, había que tener ciertos avances de naturaleza conceptual y política en relación con la necesidades sociales y de salud y su expresión concreta a través del sistema de salud vigente, para poder tener avances mayores en relación con la *Promoción de la Salud*; avances que, en el caso de Honduras, no se habían podido concretar.

Lo anterior se deja entrever cuando, a más de tres décadas de la *Declaración de Alma Ata*, y más de dos de la *Carta de Ottawa*, la situación de salud de la población hondureña presenta niveles que reflejan las graves desigualdades que afronta gran parte de la población, como lo muestra el estudio comparativo sobre *Exclusión en Salud*, publicado por la OPS en 2009, en el que se registró un 44% de incidencia de exclusión en salud en las comunidades hondureñas que participaron en el estudio, que abarcó también otros cinco países de la región. Las principales determinantes que se identificaron para dicha incidencia de exclusión fueron, la "*falta de médicos, mala calidad de atención, pobreza, analfabetismo, desempleo, dispersión geográfica, patrones culturales, inequidad en la distribución de los recursos de salud.*"²⁷⁷ La población que mayormente es excluida, según el mismo estudio, es la población pobre, desempleada o jornaleros, así como mujeres que viven en las comunidades rurales de las zonas del norte de Copán, Atlántida, Choluteca e Intibucá.²⁷⁸

En el caso concreto de Honduras, el entendimiento y aplicación, tanto de la estrategia de *Atención Primaria en Salud*, como en el caso de la de *Promoción de la Salud*, habían sido consideradas, no como los ejes estructuradores de los servicios de salud, sino como enfoques teórico-retóricos que aparecen en los documentos, pero que en la práctica son de difícil aplicación, habida cuenta de la estructura programática

²⁷⁶ Organización Mundial de la Salud (1986) Op. cit.

²⁷⁷ Organización Panamericana de la Salud. (2009a) *Exclusión en Salud. Estudios de caso: Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras. Serie Técnica Extensión de la Protección Social en Salud. Serie N° 2.* OPS/OMS, ASDI, AECID. Washington. p. 184.

²⁷⁸ Organización Panamericana de la Salud. (2009a) Op. cit. p. 186.

que ha mantenido el sistema de salud hondureño, alrededor de programas *verticales*, y no de servicios *integrados*.

Andrew Green, citado en un documento del *Observatorio Global de Salud Italiano*, que pasa revista a las políticas internacionales de salud, afirma que:

“El enfoque de programas verticales se opone a la idea de servicios integrados de Atención Primaria a la Salud. El empleo de criterios definidos de manera central para seleccionar los problemas a ser enfrentados reduce la posibilidad del involucramiento de las poblaciones en la elección de las prioridades. Todo esto implica un retorno a un modelo médico de salud que ignora la importancia del desarrollo en el sentido amplio, además, a nivel práctico, esta estrategia no toma en cuenta la necesidad de reforzar o construir infraestructura adecuada, sin la cual los programas no pueden tener éxito”²⁷⁹

Honduras, ha diseñado su *sistema de servicios de salud*, sobre la base de una estructura programática fragmentada y vertical operando alrededor de patologías, es decir, de corte biomédico, que difícilmente podrá dar cuenta del cumplimiento de la Declaración de Alma Ata, la cual promulga la *Atención Primaria en Salud-Integral* o de un enfoque de *Promoción de la Salud*, que demandan, a su vez, de sistemas de salud integrales y ligados a la participación comunitaria. Además, para un cumplimiento cabal de las Políticas Nacionales en Salud se requiere de una congruencia en la estructura programática y presupuestaria del sistema de servicios de salud, que permita una articulación entre los programas de las instituciones, para brindar una respuesta más eficiente a las necesidades de salud.

La propia Secretaría de Salud, al hacer un análisis sobre su situación desde el punto de vista de la prestación de servicios, reconoce que existe descoordinación entre sus programas y entre los diferentes niveles que conforman la red de servicios. Por otro lado, gran parte del presupuesto nacional en salud, es para pagar salarios, quedando muy poco para el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud.²⁸⁰

Llama la atención, no obstante, la poca reflexión que suscita, en otro documento más reciente sobre el *Perfil del Sistema de Salud de Honduras*, la relación

²⁷⁹ Observatorio Global de Salud Italiano. “De Alma Ata al Fondo Global. La historia de las políticas internacionales de salud.” *Medicina Social*. Vol. 3, número 1. Enero 2008.

²⁸⁰ Secretaría de Salud de Honduras (2004) *Análisis Situacional y Visión Estratégica de la Secretaría de Salud*. Tomo ½. Tegucigalpa.

de la estructuración del sistema de salud, con su nivel de funcionalidad; es decir, la no relación manifiesta entre las dos variables que definen un *sistema: estructura y función*.²⁸¹

Por un lado, las *funciones* que supuestamente debe de estar cumpliendo la Secretaría de Salud, en su rol de *Autoridad Sanitaria Nacional*, le demandan a dar respuesta a la problemática y necesidades de salud de la población a quien se debe. Esta problemática y necesidades, son ampliamente presentadas en la primera parte del documento mencionado, detallando la situación demográfica y epidemiológica de la población, por un lado; así como mencionando una serie de *determinantes de la salud*, de índole *política, económica, social y medioambiental*, de manera descriptiva y normativa; más que todo algunos datos en relación con dichos determinantes, pero sin explicar la vinculación entre estos y las condiciones de la salud de la población previamente presentadas.²⁸²

Por otro lado, al especificar las estructuras, estrategias y actividades que configuran el perfil del sistema de salud nacional, dejan totalmente sin conexión dichas estrategias y actividades, con los *determinantes de la salud* que se han presentado previamente, y sobre los cuales debería de estar estructurado el sistema de salud.

Esto se evidencia en la forma como se presenta, en la sección sobre *Provisión de Servicios*, bajo el concepto de *Atención Primaria*, las “...*experiencias innovadoras en este campo, algunas más exitosas que otras*”. Bajo dicho rubro, se presenta, sí, el recuento del *uso de servicios de los establecimientos (consultas)*, en población adulta e infantil, tanto a nivel hospitalario, como de las unidades de salud de menor nivel de complejidad. Igualmente, se pasa revista a los recursos humanos con que cuenta la Secretaría de Salud, destacándose que los especialistas en Salud Pública han venido mermando en relación con los especialistas clínicos a lo largo de los últimos años, de un 10% en el quinquenio 1990-1994, a un 9% en el período 1995-1999, a un 7% durante los años 2000-2005.²⁸³

²⁸¹ Organización Panamericana de la Salud (2009b) *Perfil del Sistema nacional de salud Honduras: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*. OPS. Washington.

²⁸² Organización Panamericana de la Salud (2009b) Op. cit. pags. 13-19.

²⁸³ Organización Panamericana de la Salud (2009b) Op. cit. pags. 33-35.

Estas cifras ponen en entredicho las acciones y/o entendimientos que se tiene sobre diversos conceptos que son clave para la estructuración, tanto del *sistema*, como de los *servicios de salud* por los cuales responde la *Autoridad Sanitaria Nacional*; como el de *Atención Primaria en Salud*, que ha sido clave en la direccionalidad que se le ha venido dando a los sistemas de salud mundialmente, por lo menos desde los últimos 30 años. Alrededor de la conceptualización y aplicación de la estrategia de APS giran una serie de conceptos y entendimientos en una tensión epistemológico-política, que guiará el análisis del resto de este capítulo. Los conceptos, o mejor dicho, díadas conceptuales de las que nos ocuparemos, para los propósitos de este trabajo son: *Riesgo-Vulnerabilidad*, *Focalización-Universalidad*, *Medicalización-Interdisciplinariedad*, *Paternalismo-Autonomía*, *Verticalidad-Integralidad* y *Globalización-Gobernanza*.

Sostenemos que se trata de tensiones epistemológico-políticas, debido a que, en su conformación y sostenimiento, han jugado un papel igualmente importante, el desarrollo de *discursos científicos* y *estrategias políticas* que, a lo largo de los últimos treinta años, han inclinado la balanza en uno y otro sentido, configurando acciones de respuesta que, muchas veces rayan en la incoherencia discursiva, conceptual u operativa, retratando un sistema de salud plagado de contradicciones y buenas intenciones declaradas.

Procuraremos analizar las tensiones conceptuales apuntadas, de manera integrada, entre el papel que cumple la *construcción del conocimiento científico*, es decir, razones de índole *epistemológica-discursiva*, de otras razones de índole *política*, que se evidencian en los *cambios de política* que propician, a su vez, cambios en la direccionalidad de los servicios ofrecidos, ya que, como veremos, muchas veces la una precede y demanda de la otra, o viceversa, para su respectiva legitimación.

Enfoques en tensión en los sistemas de salud

El tema de los enfoques para la atención en salud de las poblaciones, no puede verse a lo largo de la historia, desligado de condicionantes de tipo conceptual y político, es decir, del conocimiento y las formas como dicho conocimiento se genera y es aceptado por la comunidad, científica o lega; pero también de las decisiones que se toman y de los intereses que representan quienes toman dichas decisiones en la conformación de los sistemas de salud. Si bien, las formas como las poblaciones han

atendido a sus necesidades de salud pueden ser rastreadas desde la existencia misma de la humanidad en todas las culturas, la forma como se han estructurado organizacionalmente, son de reciente data.

Las formas como se han estructurado los sistemas de salud, desde el surgimiento y auge para su creación en los años de la postguerra, siguiendo algunos de ellos características de los modelos *bismarckiano* o *beveridgeano*, han dado pie a una serie de combinaciones, que han sido estudiadas y discutidas por Shakarisvili, y colaboradores, dando pie a una clasificación de marcos conceptuales sobre los sistemas de salud que, en su opinión, es pertinente que sean revisados a la luz de las experiencias que han tenido los países de ingresos bajos y medios, con el propósito de fortalecerlos.²⁸⁴

En la última década, a raíz de la *Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, los sistemas de salud tienen que colaborar de manera eficaz en, por lo menos tres de ellos relacionados con, la *reducción de la mortalidad infantil (Objetivo 4)*, el *mejoramiento de la salud materna (Objetivo 5)*, y el *combate al VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades (Objetivo 6)*.²⁸⁵, razón por la cual, el panorama de las acciones sobre salud a nivel mundial ha cambiado.

Hablar de *sistemas de salud y servicios de salud*, es mucho más que hablar de atención directa a la población, debido a la evidencia acumulada que se tiene hoy día, de la relación existente entre las repercusiones que tienen las condiciones de vida sobre las condiciones de salud de la población.

Estudios realizados por Starfield y colaboradores, durante más de una década, muestran que los servicios de *Atención Primaria en Salud*, en contraste con otros servicios de atención clínica especializada, permiten una distribución de la salud más equitativa entre las diferentes poblaciones. Más aún, uno de los hallazgos de los estudios conducidos por su equipo, concluye que la *Atención Primaria* tiene un mayor

²⁸⁴ Shakarisvili, G. et. al., "Converging Health Systems Frameworks: Towards a Concepts-to-Actions Roadmap for Health Systems Strengthening in Low and Middle Income Countries." *Global Health Governance*, Vol. III No. 2 (Spring 2010).

²⁸⁵ Asamblea General de las Naciones Unidas *Declaración del Milenio. Resolución aprobada por la Asamblea General Quincuagésimo quinto período de sesiones Tema 60 b) del programa 00 55954** el día 13 de septiembre de 2000.

impacto, cuando no es dirigida hacia una patología o población en particular, sino que se dirige a la *Promoción de la Salud*.²⁸⁶

Desde la Salud Pública, los servicios médicos constituyen solo uno de los elementos para mejorar la salud de la población, si bien, imprescindible, pero no suficiente, habida cuenta de la serie de necesidades que hace a la salud de las personas y que, desde las obligaciones de los servicios de salud, están contempladas en los principios y elementos de la *Atención Primaria en Salud*.

En Honduras, los enfoques que se centran en los servicios clínicos especializados son la norma en las unidades de salud de alta complejidad, pero también ese mismo esquema se reproduce en servicios de salud de menor nivel de complejidad, dejando poco atendidos servicios relacionados con la *promoción de la salud*. En un análisis reciente de la Secretaría de Salud sobre la provisión de servicios, se menciona:

“En el período 2000-2005, se ha trabajado en la revisión y definición de normas básicas de atención en salud. No obstante, la fiscalización se limita a un número reducido de establecimientos (públicos y privados). Los esfuerzos por integrar los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria no han dado los frutos esperados, lo que se refleja en la saturación de demanda de servicios básicos en los hospitales nacionales y regionales de alta complejidad y la inexistencia de garantía de respuesta adecuada a la referencia entre los distintos niveles de atención.”²⁸⁷

La carencia de normas básicas de atención que sean de riguroso cumplimiento en la prestación de servicios de salud genera, y al mismo tiempo, condiciona la implementación de diversidad de *enfoques de atención* que, lejos de ser complementarios, muchas veces son antagonistas y generan tensiones, debido a que pueden co-existir diferentes enfoques en las mismas unidades de salud, dependiendo del tipo de paciente atendido, del tipo de patología atendida, del tipo de proyecto desarrollado o inclusive de la voluntad personal del prestador.

Revisaremos a continuación algunos de los enfoques y cambios que se implementan, producto de la *conceptualización*, del tipo de *autoridades* que lo implementen, o de los *mecanismos de autoridad* que se utilicen; o también de los

²⁸⁶ Starfield, B., Shi, L. and Macinko, J. (2005) “Contribution of Primary Care to Health Systems and Health” *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 3, 2005 (pp. 457–502) p. 477.

²⁸⁷ Organización Panamericana de la Salud (2009b) Op.cit.. p. 31.

proyectos o *estrategias* implementadas, que pueden originar diferentes formas de entrega de servicios, con enfoques de atención variados.

Enfoque de Riesgo-Enfoque de Vulnerabilidad

Hablar de la tensión entre *riesgo* y *vulnerabilidad*, remite a consideraciones de tipo disciplinar en relación con quiénes, es decir, qué disciplinas, y con qué estrategias o mecanismos se conceptualiza la salud o, en su caso, la enfermedad. Almeida Filho nos recuerda que la Epidemiología se sitúa como uno de los pilares de la Salud Pública, y que su motivo fundamental es reflejar el discurso médico, a través de la “*identificación de focos de transmisión, medios de contagio, reservorios, de agentes causales de enfermedad*” para lo cual, se desarrolla un proceso llamado *triada epidemiológica*, en el cual interactúan tres elementos: *agente, huésped y ambiente*. La tarea encomendada a esta “ciencia tímida”, como él la denomina es, ni más ni menos, que descifrar las fases pre-clínicas de las enfermedades, con el propósito de implementar acciones de prevención, para lo cual desarrolla el concepto de *riesgo*, como piedra angular alrededor de la cual la Epidemiología construye su conocimiento.²⁸⁸

Almeida plantea también que en el proceso de formalización de esta disciplina, se dio un giro teórico que configuró el entendimiento del objeto de la Epidemiología como un objeto probabilístico -*riesgo*- o, mejor dicho, *probabilidad de ocurrencia de enfermedad en la población*. De la derivación la expresión probabilística *enfermedad/población*, surge el concepto epidemiológico de *riesgo*.²⁸⁹

Almeida Filho, Castiel y Ayres, explican que, como concepto, *riesgo* es compartido por otras disciplinas que, curiosamente, como la Epidemiología, se dedican a hacer prospectiva, como la *Meteorología* y la *Economía*. La noción de *riesgo* es, entonces, la que permite, al calcularlo adecuadamente, tener los elementos para tomar decisiones, diseñar estrategias y tomar acciones, que permitirían prevenir los

²⁸⁸ Almeida-Filho, N. (2000) *La ciencia tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología*. Lugar Editorial, S. A. Bs. As. p. 87-88.

²⁸⁹ Idem. p. 92-93.

problemas de salud encontrados, en función de cálculos de *factores de riesgo*, *riesgo relativo* y *riesgo atribuible*, entre otras medidas.²⁹⁰

No obstante, dada la polisemia del concepto de *riesgo*, que ha sido señalada por el propio Almeida y otros autores, su capacidad de expansión semántica ha dado lugar a ambigüedades y malos entendidos en su utilización y en las estrategias derivadas de dichos entendimientos, que se ponen en práctica en acciones de Salud Pública. Ya desde principios de la década de los noventa, Hayes, al analizar la epistemología del concepto de *riesgo*, explicaba que los atributos *individuales* de tipo conductual y genético, son las fuentes que moldean el *riesgo* en las personas y que, por tanto, los objetivos de intervención deben ser para reducir la carga de muerte prematura, al estimular en las personas la eliminación o modificación de las “*conductas de riesgo*”.²⁹¹

Por oposición a esta conceptualización individual del *riesgo*, Lupton afirma que los teóricos de la “*sociedad del riesgo*” han enfocado su análisis, sobre todo en factores de índole macro-estructural²⁹²; en tanto que Grundy, en 1973, propuso delimitar el uso del término *riesgo* e introdujo la distinción conceptual entre *factor de riesgo* y *marcador de riesgo*, en función de la posibilidad o no de intervención de parte de la persona afectada para alterar su condición.²⁹³

Esta distinción, es importante desde el punto de vista conceptual, ya que permite esbozar una diferencia entre el origen de la potencial amenaza a la salud y, sobre todo, el nivel de las posibilidades de acción. García, más recientemente, analizando las ambigüedades del concepto de *riesgo*, señala que:

“a pesar de que el concepto de riesgo y de factor de riesgo ocupa el intrincado nudo que forman la causalidad (teoría), la estadística (técnica) y la salud pública (acción), y esa marca de origen facilita su ambigüedad, en última instancia esta falta de precisión no es un asunto de pereza mental o de dificultad conceptual; más bien esta ambigüedad no es ni baladí, pues a

²⁹⁰ Almeida Filho, N., Castiel, L.D. y Ayres, J.R. “Riesgo: concepto básico de la epidemiología”. *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 5(3):323-344, Septiembre - Diciembre, 2009.

²⁹¹ Hayes, M.V. “On the Epistemology of Risk: Language, Logic and Social Science”. *Soc. Sci. Med.* Vol. 35, No. 4, pp. 401-407, 1992.

²⁹² Lupton, D. y Tulloch, J. ‘Risk is Part of Your Life’: Risk Epistemologies among a Group of Australians”. *Sociology*. Volume 36(2): 317–334.

²⁹³ García, M. “Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual”. *Aten Primaria* 1998; 22: 585-595.

pesar de la imprecisión, o gracias a ella, se adoptan decisiones de intervención en la población, ni gratuita, ya que estas decisiones, en la medida en que puedan ser polémicas o discutibles, se benefician de esta imprecisión.”²⁹⁴

Dicha distinción, no obstante, entre el origen del *riesgo* en lo individual o en lo *social* o macro-estructural, es precisamente lo que permite ubicar cuál es el rango de posibilidades de acción de las personas hacia las que se dirigen las estrategias o acciones de *Salud Pública*. Esa posición de las personas respecto del riesgo es lo que nos plantea Spink que se convierte en el elemento clave para la diferenciación entre lo que se puede esperar de los sistemas de salud y lo que se puede esperar de las personas hacia quienes van dirigidas las acciones, y que supuestamente están en riesgo. De esta forma, ella plantea que, una persona que “*está en riesgo*”, tiene un bajo control sobre lo que puede hacer para manejar ese riesgo, sea este externo (ambiental o social), o interno (de naturaleza biológica). Por el contrario, una persona que “*corre el riesgo*”, supuestamente tiene un alto grado de control sobre su situación, ya que estaría más ligado a los *estilos de vida*, por tanto, la intervención de Salud Pública se diseña bajo el criterio de intervenciones para el “*cambio de comportamiento*”.²⁹⁵

Por oposición al concepto de *riesgo*, el concepto de *vulnerabilidad*, como discutiremos más adelante, tiene una connotación, mayormente ligada a la capacidad personal para enfrentar las amenazas del ambiente externo, por lo que, las formas de abordaje, desde la Salud Pública tendrían que concebirse en función del fortalecimiento de capacidades personales o *empoderamiento*, para hacer frente a las amenazas externas, y aún de las internas, ya que un mayor entendimiento sobre las mismas, permite a las personas “*en riesgo*”, a tomar medidas de carácter diagnóstico y terapéutico.²⁹⁶

Enfoque de Focalización - Enfoque de Universalidad

²⁹⁴ García, M. (1998) Op. cit.

²⁹⁵ Spink, M. J. “Posicionando a las personas por medio del lenguaje de los riesgos: reflexiones acerca del desarrollo de las ‘Habilidades Personales’ como estrategia de Promoción de la Salud”. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, Vol. 17, No. 050. 2007. p. 575-598.

²⁹⁶ Spink, M. J. (2007) Op. cit.

La tensión entre *Focalización y Universalidad*, no es, ni nueva, ni privativa de los sistemas de salud, sino que forma parte de las discusiones sobre los sistemas de protección social que comenzaron a ponerse en precario, sobre todo en los países industrializados, que habían tenido logros ingentes en sus sistemas sociales. La llamada *Crisis del Estado de Bienestar*, que se da a finales de la década de los ochenta del siglo pasado, obliga a los Estados a nivel mundial a remirar el alcance de las prebendas destinadas a la sociedad en su conjunto, viéndose obligados a tomar decisiones en función de las necesidades más apremiantes o de las poblaciones más necesitadas.

No obstante los llamados a los recortes presupuestarios del Estado, después de dos décadas, aún el debate continúa en relación a las bondades de los enfoques de *universalidad*, versus *focalización*. Ocampo, nos ilustra que la lógica de la *focalización*...

“...buscó una consistencia entre el imperativo de racionalizar el gasto público y la necesidad de lograr que la política social llegara efectivamente a los sectores más pobres... [a través de]...sistemas de identificación de beneficiarios”.²⁹⁷

En el campo de la salud, la inclusión de mecanismos de *focalización* para poblaciones con grandes necesidades, y habiéndose aprobado recientemente la *Declaración de Alma Ata* en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria en Salud, se articuló alrededor de cuatro programas básicos, dirigidos hacia la población infantil: *control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna, e inmunización*; a lo que se denominó *Atención Primaria Selectiva*²⁹⁸ Tal decisión, obedeció principalmente al cálculo de los costos realizados por el Banco Mundial, de lo que implicaría la puesta en ejecución de la estrategia original. Esta opción de organización del sistema de salud, dio como resultado que la pretendida universalización de la salud, fuera difícil de alcanzar, debido a la estructuración del sistema de manera focalizada, en población y en intervenciones

La aparición, en 1993 del Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 del Banco Mundial, *Invertir en Salud*, marcó la pauta para una serie de recortes

²⁹⁷ Ocampo, J.A. “Las concepciones de la política social: universalismo versus focalización”. *Nueva Sociedad* No. 215, mayo-junio de 2008. P. 39.

²⁹⁸ Organización Panamericana de la Salud (2007) Op. cit. p. 4.

presupuestarios, y por ende, en el enfoque que se estaba implementado en los sistemas de salud de los países de medianos y bajos ingresos. A partir de ese informe, el Banco Mundial se convirtió, como se discutirá más adelante, en un actor clave en el tema de salud, siendo uno de los mayores propulsores de los procesos de reforma del sector salud en los países de América Latina.

Más grave aún que la *focalización* de acciones de atención en salud, es la focalización que se realiza en las acciones de tipo preventivo, ya que no puede aducirse que sea por razones de escasez presupuestaria, sino que lo que prima en este tipo de “*focalización*” es la escasa visión para integrar a las diferentes poblaciones en acciones de prevención que podrían resultar complementarias, redundando en beneficio de la población en general.

Es en la planificación de acciones de prevención, de forma más racional y contundente que en las acciones de tipo clínico o de vigilancia epidemiológica, en donde cabe más la concepción de un *enfoque universal*. Como apunta Ocampo:

“La evidencia estadística demuestra que los efectos redistributivos del gasto público social son más importantes cuanto mayor es la cobertura; en otras palabras, que la mejor focalización es una política universal”²⁹⁹

La prevención, conceptualizada como la facilidad de hacer llegar la información necesaria para el autocuidado, debe ser vista como un derecho *universal*; y como una decisión racional, en términos de costo-efectividad. Pretender *universalizar* el acceso a atención curativa, soslayando el compromiso de *universalizar* también la prevención, y considerando los altos costos que las medidas curativas tienen, sobre todo en lo que concierne a provisión de *medicamentos* y otro tipo de *tecnología médica*, es tomar decisiones que a la larga repercuten en un menor costo-beneficio y costo-efectividad.

En un agudo análisis sobre el papel desempeñado en las últimas décadas por el Banco Mundial en el tema de Salud, el *Observatorio Global de Salud Italiano* concluye que se constata una tendencia negativa, en el sentido de que se ha realizado un cambio, de un enfoque *universal* e inclusivo, que aseguraba el Derecho a la Salud a la población, presente en la *Declaración de Alma Ata*, hacia un tipo de sistema *fragmentado*, con provisión de bienes y servicios *focalizados* por patologías o poblaciones específicas, siguiendo el esquema del *Fondo Global para Tuberculosis*,

²⁹⁹ Ocampo, J.A. (2008) Op.cit. p. 36.

Malaria y SIDA, que tiene gran injerencia en decisiones para la definición de los servicios en los sistemas de salud de los países donde opera.³⁰⁰

Enfoque Vertical - Enfoque Integral

Las decisiones sobre la estructura de los sistemas y de los servicios de salud, desde un enfoque *vertical* o *integral*, se derivan de cuáles son las prioridades y políticas, epidemiológicas y epistemológicas que sean dominantes en los tomadores de decisiones. Sostenemos que, en igualdad de condiciones epidemiológicas, son las consideraciones de tipo político y epistemológico, las que llevarán a cada gobierno a estructurar sus sistemas de salud de forma *vertical* o *integral*.

Tobar, et. al. hacen un recuento de las diferentes formas que han cobrado los sistemas de salud en América Latina en las últimas décadas, poniendo énfasis en la tensión entre *programas verticales de control de enfermedades transmisibles* y los *programas horizontales*; análisis de alta pertinencia, considerando que estas actividades conllevan el peso mayor en los sistemas de salud en países de bajos ingresos de América Latina, caracterizados por tener muy poca inversión en programas sociales para mejorar las condiciones de vida y los *determinantes sociales de la salud*, al tiempo que sostienen una óptica *medicalizada* de los servicios de salud.

Considerando que el *Control de las Enfermedades Transmisibles CET* se constituye en un *bien público*, en consideración a que, la información sobre su incidencia, mecanismos de control e información para prevenirla, son clave para evitar daños en la mayoría de la población; pero, al mismo tiempo, considerando que se trata patologías, llamadas *descuidadas* que, a pesar de afectar a un alto porcentaje de la población, no existen incentivos comerciales para su combate, debido al poco poder adquisitivo de las poblaciones afectadas, se debería de concebir la *obligatoriedad del Estado* para tomar medidas para su control.³⁰¹

Esta dinámica genera que, por lo regular, los Estados denominados de bajos ingresos, decidan invertir sus limitados recursos en bienes privados, como son los

³⁰⁰ Observatorio Global de Salud Italiano "De Alma Ata al Fondo Global. La historia de las políticas internacionales de salud". *Medicina Social*. Volumen 3, número 1, enero 2008.

³⁰¹ Tobar, F., et. al. "Introducción" En: Yadón Z, Gurtler R., Tobar F, Medici A, Eds. (2006) *Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina*. OPS. Buenos Aires. p. 5.

servicios médicos para la restitución de la salud, enfatizando en la entrega de “tecnologías médicas”, en vez de invertir en bienes públicos, como la información y educación de la población que, si bien tienen un efecto más positivo a largo plazo, no responden a la presión y la urgencia que representan los altos niveles de incidencia de enfermedades en la población, por lo que se han escogido:

“Los programas verticales... [que]...se orientan a la provisión de servicios por medio de estrategias mayormente independientes, y están diseñados para atacar una enfermedad o condición particular con objetivos claros, dentro de un marco temporal acotado y haciendo uso de tecnologías específicas.”³⁰²

Estos programas han funcionado con una estructura que, según el propio Tobar y otros investigadores, sigue una estructura organizativa de tipo *adhocrático dividido*, utilizando el término acuñado por Mintzberg; es decir, una estructura altamente especializada, dedicada a resolver problemas puntuales, con objetivos específicos y con un alto grado de especialización tecnológica y del recurso humano responsable, que opera hasta cierto punto, independientemente de la estructura mayor o sistema en que está inserta, originando, por tanto, situaciones de conflicto, en términos de integración horizontal, autoridad, acceso a recursos y mecanismos de rendición de cuentas.³⁰³

Existen ejemplos de programas verticales que han tenido y siguen teniendo gran impacto en sus acciones, como el *Programa Ampliado de Inmunizaciones*, pero, tienen dificultades para integrarse horizontalmente con otros componentes del *Sistema de Salud*. Las mayores críticas se dan alrededor de la fragmentación y desarticulación que provocan en los sistemas de salud, y que se hacen sentir en las personas que reciben los servicios, por la diferencia en el monto de recursos que se destina para ellos, habida cuenta que los usuarios, suelen requerir de diversos tipos de servicios simultáneamente, en los que no encuentra una respuesta similar, horizontal e integrada.³⁰⁴

³⁰² Tobar, F., et. al. “Introducción” En: Yadón Z, Gurtler R., Tobar F, Medici A, Eds. (2006) Op.cit.p. 8.

³⁰³ Tobar, F., et. al. “Introducción” En: Yadón Z, Gurtler R., Tobar F, Medici A, Eds. (2006) Op.cit. p. 8-9

³⁰⁴ Tobar, F., et. al. “Introducción” En: Yadón Z, Gurtler R., Tobar F, Medici A, Eds. (2006) Op.cit p. 21.

La queja mayor sobre los enfoques verticales se constituye en el debilitamiento paralelo que sufre el sistema de salud en general. Unger y colaboradores, al analizar el problema, sugieren un “*código de buenas prácticas*” para que dichos programas verticales no dañen la estructura de los servicios de salud en los países en desarrollo. Al respecto, apuntan que en algunos programas destinados a ciertas patologías, los programas deberían integrarse a los servicios generales, estableciendo servicios de medicina familiar, así como propiciar en principio, la integración de los aspectos operativos y administrativos en las estructuras gubernamentales.³⁰⁵

La *integralidad*, en contraste, tiene varias acepciones, definida como *integralidad en la atención*; pero también tiene una acepción como *integralidad en el enfoque de los servicios* dentro del sistema de salud. Edmundo, citando a Ayres, coincide en definir la integralidad en la atención como “...*el conjunto de servicios, prácticas y técnicas desarrolladas por profesionales y por el sistema de salud para la garantía del cuidado*”³⁰⁶

En el sentido más amplio *integralidad en el enfoque del sistema*, implica, según Unger y colaboradores, atención a la salud con un enfoque familiar y comunitario, prestado a través de unidades de salud descentralizadas, en sub-sistemas de salud locales. Para este enfoque, postulan los autores, se requiere del apoyo de diferentes sectores gubernamentales, más allá del sector salud, que involucren a Educación, Finanzas, Trabajo, así como el concurso del sector no-gubernamental y el sector empresarial, de tal suerte que todos contribuyan, pero también, todos salgan ganando.³⁰⁷

Enfoque Medicalizado - Enfoque Interdisciplinario

La *medicalización de la salud*, y al hablar sobre sistemas y servicios de salud, la *medicalización de la Salud Pública*, ha tenido dos vertientes que han dificultado poder estructurarse de una manera amplia e interdisciplinaria. En primer lugar está la

³⁰⁵ Unger, J.P., De Paepe, P. and Green, A. “A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries”. *Int J Health Plann Mgmt* 2003; 18: S27–S39.

³⁰⁶ Edmundo, K. “Desafíos de la integralidad en la atención de la salud: prevención y tratamiento del VIH/SIDA”. *ciudadíasexual.org* Boletín No. 20 Año 3. 2006. P. 1

³⁰⁷ Unger, J.P., De Paepe, P., Ghilbert, P., Soors, W. and Green, A. “Integrated care: a fresh perspective for international health policies in low and middle.income countries”. *International Journal of Integrated Care*- Vol. 6, 18 September 2006.

disputa que en el terreno de la estructuración de los servicios se da entre la *Clínica* y la *Salud Pública*, por un lado; pero también, al interior de esta última, la cooptación que la Salud Pública tiene, por parte de la Epidemiología, al entenderse como “Epidemiología Clínica”³⁰⁸ o “Salud Pública Convencional”³⁰⁹

Michel Foucault en su extraordinaria obra *El Nacimiento de la Clínica*, nos relata la forma como se origina este campo disciplinar, al darse la transformación de las instituciones hospitalarias, de espacios de antesala de la muerte, a lugares en los que se estudian los procesos mórbidos. Según sus palabras:

“La observación clínica implica dos dominios que le están asociados necesariamente y que se han conjugado en sí: el dominio hospitalario y el dominio pedagógico.”³¹⁰

Este dominio pedagógico permite, a través de la observación de las frecuencias, las regularidades, las modificaciones y comparaciones, la identificación de procesos patológicos, en los que se va conformando la “...clínica como ciencia y la clínica como pedagogía.”³¹¹

Al poner en práctica sus métodos y esfuerzos por desentrañar los misterios de las funciones fisiológicas, se hace “hablar” a los cuerpos a través de la mirada que dice la verdad, lo cual, a decir de Foucault, ha contribuido para conformar un “esoterismo” capaz, no solamente de “...mantener los privilegios corporativos de una profesión...”, sino también de “...hacer hablar lo que todo el mundo ve sin verlo, a los únicos que estén iniciados en la verdadera palabra.”³¹²

Esta iniciación en la palabra, que fue la conformación del campo de la *clínica*, a través de la articulación, en el *espacio hospitalario*, del *lenguaje* con la *muerte*, que se conoce como *método anatomo-clínico*, será clave para la importancia que cobraría la

³⁰⁸ Almeida Filho, N. (2000) Op.cit. p. 124.

³⁰⁹ Tirado, I. “La salud pública: una propuesta desde la complejidad y la transdisciplinariedad”. *Odous Científica* Vol. 11 No. 2, Julio - Diciembre 2010.

³¹⁰ Foucault, M. (2006) *El Nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*. xvi ed. Siglo XXI Editores. México. P. 157.

³¹¹ Foucault, M. (2006) Op. cit. p. 159.

³¹² Foucault, M. (2006) Op. cit. p. 166.

medicina como piedra angular de las ciencias del hombre, y por ende, del prestigio que ésta reviste en el estatuto filosófico del hombre.³¹³

No obstante, de la mano con ese prestigio y ese estatuto filosófico de la medicina, al que accede a través de la *clínica*, Foucault también nos advierte que, en su conformación, estaban ya presentes, y seguirían siendo parte integrante de su constitución,

“...los poderes originarios de lo percibido y su correlación con el lenguaje, en las formas originarias de la experiencia, la organización de la objetividad a partir de los valores del signo, la estructura secretamente lingüística de lo dado, el carácter constituyente de la espacialidad corporal, la importancia de la finitud en la relación del hombre con la verdad y en el fundamento de esa relación, todo esto estaba ya en juego en la génesis del positivismo.”³¹⁴

Prestigio alcanzado a costa del método, positivismo que permite mostrar el lado oculto de los padecimientos hasta ese momento, la *clínica*, da su carta de identidad a la medicina. Otro tanto puede decirse que ha ocurrido alrededor de la Epidemiología, la cual es considerada la disciplina angular de la Salud Pública, alrededor de la cual se estructuran sus estrategias y prácticas.

Edmundo Granda, planteaba que a la Salud Pública tradicional del siglo XX se le puede llamar “*enfermología pública*”, debido a que su presupuesto filosófico y teórico ha sido la enfermedad y la muerte, para explicar la salud: porque ha utilizado el método positivista y estructural-funcionalista para explicar la realidad social; y porque se ha reconocido solo al Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad.³¹⁵

La *Epidemiología*, según Almeida, puede rastrearse hasta la antigua Grecia, donde ya se daba el antagonismo, que seguiría marcándola, entre *Panacea* e *Higia* o, como podríamos decir actualmente, entre la *Clínica* y la *Salud Colectiva*; pero pueden ubicarse sus antecedentes en la elaboración del concepto de “*historia natural de las enfermedades*”, que realizara el médico y político británico Thomas Sydenham en el

³¹³ Foucault, M. (2006) Op. cit. p. 278.

³¹⁴ Foucault, M. (2006) Op. cit. p. 279.

³¹⁵ Granda, E. “EL saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico”. En: Granda, E. (2009) *La salud y la vida. Volumen I*. Ministerio de Salud del Ecuador/OPS/OMS/Consejo Nacional de Salud de Ecuador//Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES. Quito.

siglo XVII. Este concepto sería de amplia utilización posteriormente en el campo de la *Clínica y la Prevención*.³¹⁶

Además de la “*naturalización del saber clínico*”, un segundo eje estructural de la Epidemiología, fue la incorporación de la *Estadística* como el dispositivo metodológico característico, el cual le serviría para garantizar la “neutralidad epistemológica” y, sobre todo, revestirla de cientificidad, dentro del más puro enfoque neo-positivista, ya que el método epidemiológico apela fundamentalmente, dentro de su arsenal metodológico, a la prueba de hipótesis y la medición de asociación de variables. Estos métodos serían también sumamente valiosos para el estudio de aspectos demográficos, como clínicos y de evaluación de intervenciones.³¹⁷

El tercer eje, el del *compromiso social*, impulsado por científicos como Villermé, en Francia, Rudolph Virchow en Alemania y Edwin Chadwick en Gran Bretaña, si bien, nació al calor de una época en la que la revolución industrial y las condiciones de pauperización en las capitales europeas a mediados del siglo XIX, eran significativas, la historia nos dice que, paralelamente, se dieron notables avances en Patología, Bacteriología y Fisiología, a través de las investigaciones de Claude Bernard, Louis Pasteur y Robert Koch, las que favorecieron de nuevo la mirada clínica. Según Almeida “...otra vez lo individual, ahora científizado, habría suplantado a lo colectivo en el abordaje de la enfermedad y sus determinantes.”³¹⁸

A pesar de que el campo *Clínico* y el *Epidemiológico*, aún con el componente de tipo social-colectivo, pudo haberse reforzado mutuamente, hubo otras razones, de naturaleza política, que ayudaron a trazar el camino que en adelante se privilegiaría, y que sería el que daría la pauta al modelo de Epidemiología dominante hasta hoy, de corte neo-positivista y anclado en el método estadístico.

Según narra Ayres, citado por Almeida, el futuro de la Epidemiología quedó sellado al haberse escogido a la *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health*, de corte *biomédico*, por encima de la propuesta liderada por la Universidad de Harvard de corte *ambientalista* y de la planteada por la Universidad de Columbia, de tendencia *sociopolítica*, para recibir un financiamiento de parte de la Fundación Rockefeller, para

³¹⁶ Almeida Filho, N. (2000) Op. cit. p. 61-63.

³¹⁷ Almeida Filho, N. (2000) Op. cit. p. 64-65.

³¹⁸ Almeida Filho, N. (2000) Op. cit. p. 66-67.

sufragar la apertura de un instituto de entrenamiento para personal de salud pública, del cual Abraham Flexner, partidario de un enfoque reduccionista y microbiológico de la salud, fue nombrado, para dirigir los procedimientos para elegir la mejor propuesta. Así, el *modelo flexneriano*, caracterizado por reforzar la separación entre lo individual y colectivo; lo biológico y lo social; lo preventivo y lo curativo, fue el que pudo implementarse al hacer la escogencia.³¹⁹

En el caso de los países latinoamericanos el *modelo flexneriano* cobró importancia en las diferentes facultades de medicina a lo largo del continente, homogeneizando un tipo de pensamiento biológico-epidemiológico, con muy poco margen de interacción y complementariedad con otro tipo de profesionales, más allá de los ubicados en el campo de la salud, y con muy poca injerencia, en el caso de Honduras, de los profesionales de las Ciencias Sociales, como no sea para labores puntuales; pero no participando de manera integral en su formación. Explicando la dinámica de dicho modelo en la formación médica en Latinoamérica, Rovere apunta:

“La organización curricular predominante en el campo de la salud pública mantiene la influencia del modelo flexneriano: es decir opera en un sentido deductivo intentando organizar los conocimientos en forma de una secuencia básico-aplicado. Así la secuencia anatomía-cirugía o fisiología-clínica que se observa en la educación médica se aplica con la misma lógica en los posgrados en la secuencia estadística-epidemiología-administración. Se repite así el problema de los alumnos que estudian e incorporan conocimientos que no saben para que se aplican (vg. estadística) y cuando la requieren para su aplicación ya la han olvidado.”³²⁰

Hoy día, el enfoque positivista de la epidemiología, que conlleva a la medicalización de la salud es un fenómeno ampliamente identificado y reconocido, más no por ello de fácil superación. Las consecuencias del privilegio de un modelo biomédico más que interdisciplinario en los sistemas y servicios de salud ha tenido varias repercusiones, de tipo sanitario, económico y social.

La *medicalización* ha conllevado a la *mercantilización* de la salud, que tiene implicaciones directas para los costos y el tipo de sistema de salud que los Estados y gobiernos decidan implementar en sus respectivos países. Un sistema de salud

³¹⁹ Almeida Filho, N. (2000) Op. cit. p. 70-71.

³²⁰ Rovere, M. “Educación en Salud Pública; relevancia, calidad y coaliciones estratégicas”. En: Borrell, R.M. y Rovere, M. (Eds.) (2004) *La Formación de Postgrado en Salud Pública. Nuevos desafíos, nuevos caminos*. OPS Representación Argentina. Bs. As. p. 41.

biomédico, es aquél que depende en gran medida de estrategias, actividades, recursos, tanto humanos como tecnológicos y financieros adecuados para dar respuesta, no tanto a las necesidades de salud, sino de *enfermedad* de la población. Álvarez-Uría y Varela explican al respecto:

“Bajo la imagen de marca de una salud medicalizada han proliferado las clínicas, los chequeos, la asistencia hospitalaria de alto coste, los seguros privados, la construcción de nuevos hospitales, han crecido las transnacionales de medicamentos, los pulmones artificiales, las salas de operación con costosas tecnologías al servicio del poder médico.”³²¹

En una vena similar, enfatizando en las implicaciones *Bioéticas*, se discute la *medicalización*, ha llevado a la exigencia de tecnología y procedimientos sumamente onerosos que llegan a amenazar la equidad. Callahan propone lo que él denomina un modelo de “*medicina sostenible*” que tendría como pilar, un “Programa de salud pública, status socioeconómico y cuidado primario disponible como las principales necesidades de la salud poblacional.”³²²

Por su parte, Giovanni Berlinger, profundizando en las implicaciones éticas de la *mercantilización* de la salud, afirma que:

“El mercado se ha convertido en la medida y en el valor dominante de las relaciones humanas y sociales...la medicalización de la vida...se entrelaza con la mercantilización de la medicina, con la tendencia a transformar en mercancía o dinero cada parte y cada acto aplicado a la vida y a la salud.”³²³

La no instauración de ese tipo de prioridades, ha influido de una manera perversa para definir las diferentes formas de organización de los servicios de salud que, generalmente han sido implementados a través de sistemas de salud con un tipo de estructura *vertical*, más que *integral*, para desarrollar sus estrategias biomédicas.

Foucault plantea que, más allá que las medidas de corte sanitario que produjeron los procesos de *estatización de la medicina* en Alemania, *urbanización de la medicina* en Francia, y *medicina de la fuerza laboral* en Gran Bretaña, que dio lugar

³²¹ Álvarez-Uría, F. y Varela, J. (2009) *Sociología de las instituciones. Bases sociales y culturales de la conducta*. Ediciones Morata, S.L. Madrid. p. 113.

³²² Callahan, D. “La inevitable tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes.” En: Lolas, F. (Ed.) (2000) *Bioética y Cuidado de la Salud: Equidad, Calidad y Derechos*. OPS/OMS LOM Ediciones. Chile. P. 98-99.

³²³ Berlinger, G. (2003) *Ética de la Salud*. Lugar Editorial. Bs. As. P. 40.

a la *Medicina Social*,³²⁴ la implementación del Plan Beveridge en esta última, provocó que la salud entrara definitivamente en el campo de la macroeconomía, y por tanto, la situación de salud, o ausencia de salud de la población, así como las condiciones que permitieran el aseguramiento de esa situación de salud, se convirtió en un gasto que, "...debido a su magnitud, se convierte en uno de los renglones más onerosos para el Estado, independientemente del sistema de financiamiento que se esté utilizando."³²⁵

De esta manera, al convertirse la salud en una preocupación que debía ser afrontada por el Estado, alrededor de la segunda mitad del siglo XX, se convirtió también en un campo de lucha política, y del tipo de medidas de política a ser implementadas a través de sus instituciones. Esta configuración de medidas de política en relación con la salud tiene, por definición, dos ámbitos de expresión: *las condiciones sociales que repercuten en la situación de salud* –o perfil epidemiológico de la población; y el *tipo de respuesta que se da para atender esas necesidades* de salud a través de las medidas de política objetivadas en los sistemas de salud de cada nación.

Obviamente, las medidas de política social que permiten a los Estados aspirar a tener mejores niveles de vida para sus poblaciones, que se reflejen en sus condiciones de salud, representan cargas económicas considerables, que los países más débiles económica y socialmente no siempre pueden afrontar con la debida eficacia, derivando en condiciones de salud deplorables e inequitativas. Por otro lado, el tipo de respuesta enfocada en el modelo biomédico, representa una esfera de acción mucho menos comprometida con los cambios sociales necesarios para mejorar las condiciones de salud.

Foucault plantea también que uno de los orígenes de la *medicalización de la salud*, es una especie de *somatocracia*, derivada de los avances, científicos y tecnológicos, en el campo de la medicina que se dieron en la primera mitad del siglo

³²⁴ Foucault, M. "The Birth of Social Medicine". In: Paul Rabinow and Nicholas Rose Eds. (2003) *The Essential Foucault: Selections from Essential works of Foucault 1954-1984*. The New Press. New York.

³²⁵ Foucault, M. (e. o.: 1974) "The Crisis of Medicine or the Crisis of Antimedicine?" *Foucault Studies*, No. 1, pp. 5-19, December 2004. P. 6

XX, pero que han derivado también en una serie de efectos adversos, no solamente para el individuo, sino que representan también una amenaza para el ecosistema.³²⁶

Para finalizar, y adelantándose a una serie de consideraciones respecto al papel del Estado y de la población en relación con los servicios de salud, Foucault, en 1974 ya planteaba que se necesita tener una buena dosis de modestia al analizar el papel de la medicalización, considerando que no solamente es cuestión de oponerse a la medicalización, en términos de disciplina, sino que analizar más profundamente, que se trata, no de una ciencia o disciplina pura, sino que hace parte del *sistema económico* y de un *sistema de poder*, sobre el que es perentorio determinar los vínculos entre “*medicina, economía y poder en la sociedad, para ver hasta qué punto el modelo debe ser rectificado*”³²⁷

Hoy día se discute de manera abierta acerca de las ventajas de la interdisciplinariedad para el abordaje de la temática de la salud; no obstante, el dilema mayor continúa siendo, cuál es la mejor estructuración del sistema, que permita dar lugar a la participación conjunta, desde diversas disciplinas, del fenómeno salud.

Diversas disciplinas discuten en relación a su importancia y participación en la definición del objeto *salud-enfermedad-atención*, argumentando la complejidad del propio *objeto* y la necesidad, por lo mismo, de apelar a un *pensamiento complejo*, que trascienda los postulados de la Epidemiología. Souza Minayo va más allá de este ámbito y propone que epidemiólogos y científicos sociales trabajen en conjunto bajo nuevos abordajes metodológicos complementarios, que permitan la comprensión de realidades cambiantes y las nuevas concepciones del mundo pos-moderno.³²⁸

La *interdisciplinariedad* en el abordaje del objeto de estudio *salud-enfermedad-cuidado*, es vista como un medio para poder estructurar sistemas y servicios de con una visión *integral* de la salud; capaces de captar las necesidades de la población y darles una respuesta adecuada, según los postulados de la *Atención Primaria en Salud*. No obstante, uno de los principales obstáculos para lograr la tan deseada *interdisciplinariedad*, o más allá, la *transdisciplinariedad*, como lo plantean algunos

³²⁶ Foucault, M. (e. o.: 1974) Op. cit. p. 10.

³²⁷ Foucault, M. (e. o.: 1974) Op. cit. p. 19.

³²⁸ Souza Minayo, M. C. (2008) “Interdisciplinariedad y Pensamiento Complejo en el Área de la Salud”. *Salud Colectiva*. Enero-Abril. Vol. 4 No. 1. pp. 5-8.

otros autores³²⁹, es la compleja y vasta *medicalización* de la salud que impera en los sistemas de salud en general, lo cual imprime las estrategias, estructuras y acciones de los mismos.

Enfoque Paternalista - Enfoque de Autonomía

León Correa afirma que el *paternalismo* en el campo de la atención médica, definida como “...la decisión efectiva por parte del benefactor sobre lo que es bueno para el beneficiario...”, sólo se justifica:

“...si se expresa sólo en el ámbito de esas carencias y en proporción a las mismas, y si se ejerce con la intención prioritaria de que pueda superarlas en la medida de lo posible... La beneficencia debe prolongarse todo lo posible en autonomía, y ser sustitutiva de ésta sólo en lo inevitable.”³³⁰

En nuestros países, la *autonomía* ciudadana no ha sido desarrollada, ni fomentada; todo lo contrario, el paciente que reclama, si es que llega a hacerlo, por los largos tiempos de espera, por la carencia de medicamentos en los servicios de salud del Estado o por maltratos recibidos en los mismos, es más bien penalizado, obstaculizándole la consulta en ocasiones subsiguientes o reiterando el maltrato verbal. Por otro lado, desde una óptica más amplia de Salud Pública, la *autonomía* no se promueve a través de la *educación* y del *autocuidado*, que son pilares de la APS, y que debieran ser desarrolladas desde un enfoque *interdisciplinario*.

Curiosamente, en los países desarrollados se está dando un movimiento a la inversa de cómo ocurre en los Estados de menores recursos económicos. En países en los cuales se ha cimentado un Estado benefactor que les permitió en su momento llegar a disponer de servicios de salud amplios, gratuitos y de calidad, en la actualidad se está viendo que se ha llegado a un límite que, en palabras de Mainetti, representa un “*Trilema de Hume*”, aplicado a los servicios médicos, en el que, si se atiende a la libertad, es decir, a la *autonomía*, se ponen en predicamento, la *calidad*, que ha ido aumentando al tenor de los avances en la medicina y la equidad; es decir, los

³²⁹ Almeida Filho, N. “Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde”. *Saude e Sociedade*. V.14, No. 3, p. 30-50. Set.-Dez. 2005

³³⁰ León Correa, F.J., “Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva” *BIOMEDICINA*, 2006, 2 (3) - 257-260 p. 259.

derechos de los ciudadanos³³¹; por lo que, paradójicamente, se está impulsando de nuevo un *paternalismo*, que le permita al médico tomar las decisiones y fijar los límites de lo que le conviene al paciente.

No obstante, la trampa semántica en este análisis, es querer atribuir el concepto de *calidad*, únicamente a los avances que proceden de la biomedicina, de la clínica y de la tecnología médica; es decir, un concepto de calidad totalmente *medicalizado*, en el que, los avances tecnológicos de otras disciplinas, que es lo que se necesita para una correcta implementación de un modelo de salud basado en APS, sean también considerados como evidencia de un sistema y un servicio de calidad.

Por otra parte, León Correa, plantea, en relación con los enfrentamientos que suscita la *autonomía* en relación con el *paternalismo*, que:

“Todos estamos convocados a vivir nuestra vida con una autonomía desde la que nos hacemos cargo de nosotros mismos, con responsabilidad...y hacerse cargo de las consecuencias de los propios actos. Lo contrario sería una expresión de paternalismo que inferioriza, que no reconoce plenamente la dignidad del otro.”³³²

Parte de la explicación sobre la pervivencia del enfoque *paternalista* en salud, y el poco desarrollo de la *autonomía* del usuario, se finca en el escaso conocimiento y apropiación, tanto por parte de los prestadores de servicios, como de los usuarios, del entendimiento del *Derecho a la Salud*.

El tipo de modelo de prestación de servicios de salud desarrollado en Honduras, es fragmentado, coexistiendo tres tipos de subsistemas dentro del sistema de salud: provisión gratuita por el Estado, servicios provistos por el Instituto Hondureño de Seguridad Social para los trabajadores, y la práctica privada. Según el único estudio que se ha realizado en el país sobre *Exclusión en Salud*, en el año 2003, las personas que tienen acceso a los servicios del IHSS, era de 13.1%, y quienes tenían acceso a seguros privados, 3.8% El porcentaje de población teóricamente cubierto por el Estado, rondaría el 83.1%; sin embargo, el estudio constató que el porcentaje de la

³³¹ Mainetti, J.A. “Calidad de la atención de la salud y los derechos del paciente: entre la evidencia y la autonomía. En: .” En: Lolas, F. (Ed.) (2000) *Bioética y Cuidado de la Salud: Equidad, Calidad y Derechos*. OPS/OMS LOM Ediciones. Chile. p. 71.

³³² León Correa, F.J., (2006) Op.cit. p. 259

población hondureña que no tiene ningún tipo de acceso a servicios de salud era, de 30.1%.³³³

Con cifras de exclusión a los servicios de salud como las presentadas, las posibilidades de que se desarrolle un sentido de *autonomía* y una visión y convicción de la *salud como derecho*, son bastante remotas, por lo que, la población general, cuyo nivel de pobreza en Honduras supera al 70%, percibe que la atención en salud es una dádiva, más que un derecho, razón por la cual un enfoque *paternalista* puede pervivir, en ausencia de posibilidades de *autonomía* por parte de la población que no tiene muchas opciones para conocer, y mucho menos para hacer valer sus derechos.

Globalización - Gobernanza

La tensión en relación con la *Gobernanza*, comienza a ser manifiesta al intensificarse el fenómeno de la *Globalización*. Si bien el concepto de *Globalización*, según algunos autores, podríamos rastrearlo desde los albores de la humanidad, la mayoría coincide con que el fenómeno como tal, surge con el encuentro de Europa con América en el siglo XV; no obstante, la acepción que se le da con mayor precisión, la ubica en el siglo XX, con una serie de adelantos científicos que permitieron que el mundo tuviera contacto de una manera más veloz y plena en tres aspectos fundamentales: *flujo de personas*, *flujo de información* y *flujo de capitales*.

Ulrich Beck define la *Globalización* como:

“...procesos en virtud de los cuales los Estados nacionales soberanos se entremezclan e imbrican mediante actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder, orientaciones, identidades y entramados varios.”³³⁴

Beck apunta otro significado inquietante de la *Globalización*, que es la...

“...ausencia de Estado mundial; más concretamente: sociedad mundial sin Estado mundial y sin gobierno mundial. Estamos asistiendo a la difusión de un capitalismo globalmente desorganizado, donde no existe ningún poder

³³³ Organización Panamericana de la Salud (2003) *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*. OPS/OMS. Washington, D.C. p. 46-47

³³⁴ Beck, U. (2008) *¿Qué es la globalización? Falacias del Globalismo, Respuestas a la Globalización*. Ediciones Paidós Ibérica, S. A. Barcelona, p. 34.

hegemónico ni ningún régimen internacional, ya de tipo económico ya político”³³⁵

Los cambios producidos a nivel mundial con este tipo de procesos, no han dejado por fuera el tema de la salud. El concepto utilizado de manera oficial por la Organización Mundial de la Salud “*Salud Internacional*” fue paulatinamente sustituido por el de “*Salud Global*” hacia finales del siglo XX, dándole una connotación a éste último término, de necesidades de salud de las personas en todo el planeta, sin que necesariamente sea antagónico del concepto de “*Salud Internacional*”, sino complementario.³³⁶

El rol que jugó la OMS, como líder mundial en el tema de salud durante las últimas tres décadas del siglo pasado, a la par con los cambios de tipo político que se dieron a nivel mundial en esa época, incidieron negativamente en el supuesto liderazgo que debió ejercer en el campo de la salud. A pesar de tener el mandato para abogar por la salud mundial, su accionar fue errático al ubicarse, de posturas de combate de enfermedades puntuales, al de apoyo a los sistemas de salud de determinados países. De convocar a los sistemas sanitarios mundiales en 1978 a la *Conferencia de Atención Primaria de Alma Ata*, pasó a decantarse, meses después, por una *APS selectiva*, que volvía a centrarse en enfermedades y poblaciones específicas, sin ocuparse de interactuar con actores y líderes mundiales para un verdadero apoyo sobre la propuesta original, lo cual le fue restando credibilidad como líder mundial.³³⁷

A la par con esta pérdida de liderazgo, el fenómeno de la *Globalización de la Salud*, se había venido manifestando en la creciente presencia de temas de salud en las agendas globales; el desarrollo de mecanismos que han permitido a diversos actores mundiales participar en decisiones respecto de temas sobre salud; y la proliferación de actividades y cónclaves mundiales sobre salud, evidencian que, como

³³⁵ Beck, U. (2008) Op.cit. p. 38.

³³⁶ Brown, T.M, Cueto, M. and Fee, E. “The World Health Organization and the Transition from ‘International’ to ‘Global’ Public Health” *Am J Public Health*, January 2006, Vol. 96, No. 1 p. 62.

³³⁷ Smith, R. D. “The Role of Economic Power in Influencing the Development of Global Health Governance”. *Global Health Governance*, Volume III, No. 2 (Spring 2010) p. 5.

valor y como interés de múltiples actores, la salud ha permeado el mundo de la política como nunca antes.³³⁸

De igual manera, muchos de los actores ahora presentes en las discusiones sobre salud, revelan la naturaleza económica que rodea las discusiones y decisiones en el tema, por lo que el incremento del poder económico en la *gobernanza* de la salud es un elemento a considerar para el balance de las decisiones globales, debido a que, igualmente, la economía, en la actualidad, ha pasado de ser internacional a global, al punto que, según sostiene Smith, muchos de los cambios en los acuerdos y legislación internacionales en materia de salud, han estado instrumentados por el poder económico.³³⁹

Los nuevos escenarios económicos que guían las discusiones sobre la salud global en la actualidad, están orientados, a diferencia del pasado, cuando eran negociaciones entre Estados, por negociaciones entre Estados y entidades no-estatales. Es así que las entidades financieras y crediticias, como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, se han convertido en actores relevantes en el tema de salud, por su apoyo decidido al combate de ciertas enfermedades, pero también por las presiones que ejercen hacia los gobiernos de los Estados con pocos recursos, para tomar medidas encaminadas hacia la privatización de los servicios, la liberalización del mercado de la salud, así como la promoción de seguros privados.³⁴⁰

La presencia de otros poderosos actores del sector privado, ya presentes desde antes, pero que en la actualidad han cobrado mayor relevancia, gracias a los acuerdos y tratados de comercio internacional, son los representantes de la millonaria industria farmacéutica, que acapara, a través de las diez compañías más grandes, el 50% del mercado mundial de medicamentos; los fabricantes de tecnología médica; y los dueños de compañías de seguros privados, todos ellos, apostando por decisiones de los Estados que favorezcan sus intereses.³⁴¹

³³⁸ Fidler, D.P. "Architecture amidst Anarchy: Global Health's Quest for Governance". *Global Health Governance*. Volume I, No. 1 (January 2007) p. 15.

³³⁹ Smith, R. D. (Spring 2010) Op. cit. p. 9.

³⁴⁰ Smith, R. D. (Spring 2010) Op. cit. p. 5

³⁴¹ Smith, R. D. (Spring 2010) Op. cit. p. 7.

Otra pléyade de actores que en la actualidad cobran cada vez mayor notoriedad son las fundaciones privadas, como las de los Gates, Packard, Hewlet, Ford, Mc Arthur, y Rockefeller, por mencionar las más significativas; que, a pesar de que anualmente donan millones de dólares, que son aprovechados en proyectos necesarios para el mejoramiento de las condiciones de salud de muchas personas mundialmente, no dejan de tener un peso decisivo hacia la definición del “mercado de la ayuda”.³⁴²

Esta variedad de actores, que tienen como característica común el no ser representantes del Estado ha provocado, lo que algunos autores denominan de una “anarquía abierta”, en la cual no existe una arquitectura o es demasiado débil, llegando a convertirse en una “pluralidad inestructurada”³⁴³, que ha obligado a que la OMS busque desarrollar alianzas con algunos de estos actores, para tratar de recobrar su liderazgo en el tema de salud.³⁴⁴

Estas situaciones, que se convierten en un gran reto para la *gobernanza* de la salud global, sobre todo en lo que concierne y afecta a los países de menores recursos, demandan de algo más que buenas ideas, ya que implican ideología aplicada. La multiplicidad de valores y de intereses que se ponen de manifiesto en este escenario significa que uno de los mayores obstáculos para la *gobernanza* global de la salud podría ser la pluralidad de la incapacidad, por lo que la construcción de capacidades locales se convierte en una necesidad impostergable para intervenir de manera eficiente al compromiso con la salud.

Por tanto, existe la necesidad de que los profesionales de la salud se involucren de lleno en el conocimiento y los cambios que se van dando en el campo de la *gobernanza* de la salud para poder aprovechar las oportunidades y minimizar los riesgos que se presentan; siendo quizás uno de los más peligrosos, el de la *liberalización de los mercados*, lo cual pudiera llegar a representar, tratándose de situaciones de salud de proporciones alarmantes, en una verdadera amenaza para la estabilidad de los Estados.³⁴⁵

³⁴² Smith, R. D. (Spring 2010) Op. cit. p. 8.

³⁴³ Fidler, D.P. (January 2007) Op. cit.

³⁴⁴ Brown, T.M, Cueto, M. and Fee, (January 2006) Op. cit.

³⁴⁵ Fidler, D.P. (January 2007) Op. cit. p. 15.

Las estrategias para insertarse de manera solvente y eficiente en los procesos de *gobernanza* de la salud global, demandan, por tanto de un sistema de salud efectivo, en el cual se debe de elaborar, de manera participativa y transparente una agenda de salud consensuada; se deben buscar y distribuir los recursos con racionalidad; se debe fomentar la investigación y el desarrollo, ligada a la implementación y entrega de servicios; así como implementar y mejorar sus sistemas de monitoreo y evaluación, que permitan un mayor aprendizaje al sistema en su conjunto.³⁴⁶

Implicaciones de las tensiones analizadas en la respuesta al VIH y SIDA

La operacionalización del concepto de APS no ha sido algo sencillo de llevar a la práctica, como hemos discutido ya; esto, debido a razones de carácter técnico y político, entre las que figura la relacionada con las competencias de los recursos humanos en aspectos clave como la *Participación Social* y la *Intersectorialidad*. Las limitaciones para lograr la meta de “*Salud para todos en el año 2000*” obligaron a la OPS/OMS a replantear y relanzar la estrategia en mención en 2007, a través del documento “*La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas*”, que re-conceptualiza la APS alrededor de *valores, principios y elementos* que conforman un andamiaje teórico-conceptual capaz de visibilizar consideraciones metodológicas para traducirlas en el tipo de servicios ofrecidos en el sistema de salud y en las competencias a desarrollar por los recursos humanos trabajando en dicho sistema.³⁴⁷

Uno de los principios mencionados, el de *Intersectorialidad*, demanda de un entendimiento de la salud, en el cual se cristalicen, por un lado, la conceptualización de los *Determinantes Sociales de la Salud*, su vinculación con el estado de salud de la población, y las acciones que el sistema debe de poner en marcha para mejorar los niveles de salud.

³⁴⁶ Clarck, W., et. al. (January 2010) *The Global Health System: Institutions in a Time of Transition. Working Paper 193*. Center for International Development at Harvard University. Cambridge. MA.

³⁴⁷ Organización Panamericana de la Salud. (2007) Op. cit. p. 9.

Así, atrás del entendimiento y puesta en práctica de la *Intersectorialidad*, indispensable para un entendimiento coherente de la estrategia de APS, debe de estar también el entendimiento y funcionamiento, a nivel estructural de la *Integralidad*, así como de la *Interdisciplinariedad*, en la formación y conformación del recurso humano necesario, que conciba, planifique y preste los servicios, con una concepción de *Autonomía*, de parte de la población, en lugar de tratarles con *Paternalismo*; que se consideren sus condiciones de *Vulnerabilidad*, por oposición a las conceptualizadas alrededor del *Riesgo*, así como de *Universalidad*, por oposición a la de *Focalización*. De igual manera, consideraremos en esta breve discusión, hasta donde influye en las decisiones sobre los sistemas de salud que se conforman, la tensión existente en la actualidad entre *Globalización* y *Gobernanza*. Toda esta serie de tensiones que actúan de manera dinámica y sinérgica en los sistemas de salud, sostenemos que han sido clave para la configuración del tipo de sistema de salud hondureño que, a su vez, ha dado las *condiciones de posibilidad* para el surgimiento de su modelo de atención en VIH y SIDA.

Implicaciones de la tensión Riesgo - Vulnerabilidad

El contraste o tensión entre los conceptos de *riesgo* y *vulnerabilidad* en el campo de la Salud Pública, se ha incrementado, merced a la polisemia de ambos conceptos, que se ha exacerbado aún más al referirlos a la población, con la designación como “*grupos de riesgo*” y “*grupos vulnerables*”; teniendo el primero su origen en el campo epidemiológico, sobre todo, asociado a los estudios pioneros que en el tema de cáncer de pulmón por exposición al tabaco y los estudios longitudinales que pudieron establecer las patologías cardíacas, asociadas a ciertos estilos de vida.³⁴⁸

El término de “*grupos vulnerables*” o “*grupos de mayor riesgo*” es de aparición más reciente, y surge en la literatura, vinculado a las formas de abordaje a la población con VIH/SIDA, con propósitos de des-estigmatizar a la población, por un lado, y por otro, resaltar las condiciones que van más allá de lo individual y que, por tanto, no pueden abordarse únicamente a través de acciones educativas o racionales,

³⁴⁸ Savitz, D. A. “In defense of black box epidemiology”. *Epidemiology* 1994; 5: 550-552.

sino que aparecen como mediadores entre condiciones de tipo socio-económico, psicológico y cultural; y las decisiones y comportamientos personales.³⁴⁹

Ayres, citado por Icumi, et. al. explica que el concepto de *vulnerabilidad*, respecto del concepto de *riesgo*, tiene una función de extrapolar a la población general las características estudiadas; es decir, tiene un propósito de mediación hacia las poblaciones mayores, que se asocian con el fenómeno estudiado:

“La vulnerabilidad quiere expresar los potenciales de -enfermarse/no enfermarse- relacionados a todo y cada individuo que vive en cierto conjunto de condiciones’. En la perspectiva de la vulnerabilidad, la exposición a agravantes de la salud e inclusive el acometimiento que lleva a la muerte, resulta tanto de aspectos individuales como de contextos o condiciones colectivas que producen una mayor susceptibilidad a los agravantes y a la muerte en cuestión y, simultáneamente, la posibilidad y los recursos para su enfrentamiento”.³⁵⁰

Así, el concepto de *vulnerabilidad*, adquiere una significación más amplia, no solo reducible a grupos de individuos, sino a condiciones o *contextos de vulnerabilidad*, que hay que tratar de entender mejor, a través de investigaciones que permitan ampliar el entendimiento de dichos contextos, para tomar las medidas programáticas más pertinentes.

En este caso, la trampa conceptual opera, cuando se cae en la tautología programática, de definir, en función de grupos estudiados, quienes son los grupos vulnerables, y quedarse dando vueltas en círculo sobre las mismas poblaciones, aduciendo que son las prioritarias, porque los resultados en los estudios de prevalencia así lo indican; y por tanto, dejándose sin estudiar y conocer de forma científica los contextos de vulnerabilidad de grupos mayores, porque no se definió previamente su prioridad; usando indebidamente y confundiendo en este caso, el concepto de *vulnerabilidad* para la *focalización* hacia individuos y no para la ilustración de contextos -no de grupos- que requerirían igualmente ser estudiados para una mejor comprensión de la epidemia de VIH.

³⁴⁹ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA. *Grupos de mayor vulnerabilidad*. <http://www.onusida.org/co/vulnerabilidad.htm>. Consultada el 1 de septiembre de 2011.

³⁵⁰ Icumi, N. L., Bertolozzi, M. R., Takahashi, F.R., y Fracolli, L.A. “La utilización del concepto ‘Vulnerabilidad’ por Enfermería” *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 setembro-outubro; 16(5) p. 3.

En otras palabras, estamos hablando de las mediaciones entre los conocimientos y las conductas de las poblaciones que nos plantean la necesidad, impostergable, de un mayor entendimiento acerca de la dinámica de las relaciones que se ponen de manifiesto previo y durante el ejercicio de la sexualidad entre las personas.

Si bien, pudiéramos afirmar que la vulnerabilidad que como sociedad tenemos, es global, una mirada más cercana y específica al fenómeno del VIH y SIDA, nos dirá que la vulnerabilidad es más bien cultural, y que curiosamente, el signo que marca todos los escenarios es la *vulnerabilidad de género*. O dicho de otra forma, la vulnerabilidad de que son presa hombres y mujeres en virtud de las formas como se dan las relaciones entre los sexos y que sirven de telón de fondo a la vivencia de sus sexualidades.³⁵¹

Implicaciones de la tensión Focalización-Universalidad

En relación con la tensión entre el *Enfoque Focalizado-Enfoque Universal*, Tobar nos señala que una de las acciones en las cuales deviene obligatorio de parte del sistema de salud el realizar acciones con connotación *universal*, es en el ámbito preventivo, que ha sido comprobado su costo-eficiencia para alcanzar metas realistas en salud. Tobar nos refiere también sobre algunos estudios realizados en Europa que demuestran que los sistemas de salud con modelos *universales*, son más eficientes en términos de resultados de salud, con indicadores como la reducción de la mortalidad infantil. De igual manera, en la medición de resultados generales de salud, independientemente del grupo social, los sistemas universales aparecen como el referente.³⁵²

La racionalidad para la *focalización* de las acciones preventivas en VIH y SIDA, está estrechamente relacionada con la conceptualización que se discutió anteriormente sobre los denominados “*grupos vulnerables*” o “*grupos en mayor riesgo*”, sin considerar que, en temas de salud, y especialmente en el caso del VIH, nos asiste una *vulnerabilidad* global, que requiere acciones *universales*.

³⁵¹ Alduvín, E. “La caja negra del SIDA”. *Ixchel en Debate. Revista de la Maestría en Salud Pública*. No. 3 Septiembre de 2003: 30-34.

³⁵² Tobar, F. (2008) “Cambios de paradigma en Salud Pública” en el *Panel Estrategias de gestión territorial y alcance de la equidad en las políticas públicas. XII Congreso del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo CLAD*. Buenos Aires. p. 4.

Usualmente el concepto de *universalidad*, se ha tendido a utilizar de manera retórica, queriendo dar a entender, que a nadie le está negado un servicio; sin embargo, la operatividad de la *universalidad*, debe pasar por la constatación de acciones planificadas y presupuestadas para la llamada “*población general*”. En síntesis, podemos deducir que, de no haber poblaciones *focalizadas*, no se necesitaría denominar al resto de la población, de “*general*”.

La atención de las PVIH en servicios especializados, como los *Centros de Atención Integral CAI*, si bien en el momento de su creación se vio como una necesidad para agilizar la respuesta a las necesidades urgentes de dispensarles terapia antirretroviral y otros servicios complementarios de seguimiento de la respuesta a la medicación, se ha visto que ha generado una serie de inconvenientes que están relacionados con la estructura programática *vertical* que mantiene el servicio de salud.

En el tema de VIH y SIDA, se ha optado por un enfoque de *focalización* de las acciones preventivas, hacia los denominados “*grupos de riesgo*”, en los primeros tiempos de la epidemia, cambiado después el término hacia “*grupos vulnerables*”, pero utilizándose también “*grupos de mayor riesgo*”; la paradoja conceptual es que, la lógica epidemiológica del concepto “grupo de riesgo”, que se basa en las condiciones que se sabe de antemano, conducen a contraer determinada condición, en este caso, la infección por VIH; no aplica al concepto “grupo vulnerable”, debido a que las implicancias entre “estar en riesgo” y “ser vulnerable”, no operan bajo la misma lógica ni dinámica, debido a que, paralelamente se ha querido que sea del dominio público, la convicción de que la *vulnerabilidad* ante el SIDA es global; es decir, que no hay solamente “grupos”, vulnerables, sino que vulnerables somos todos, no solamente las personas contempladas en los grupos así denominados.

En síntesis, es un contrasentido hablar de “*grupos*” y de “*vulnerabilidad*” en un solo concepto, refiriéndose al tema solamente para aprovechar las ventajas *focalizadores* y de “*cientificidad*” que tal concepto evoca, al provenir del original concepto epidemiológico de “*grupo de riesgo*”.

Más grave aún que la conceptualización tergiversada, sobre “*grupos vulnerables*”, es la frontal omisión desde el punto de vista programático y presupuestario, de las acciones orientadas a lograr en el *acceso universal a la*

*prevención, y el acceso universal al apoyo, de parte del sistema de salud en Honduras, favoreciendo mayormente las acciones enfocadas hacia la acceso universal al tratamiento; y en patente falta al compromiso ratificado en 2006 por los Estados en la Declaración Política sobre el VIH/SIDA en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas.*³⁵³

Las decisiones que conlleva la respuesta al VIH y SIDA, han exigido de mucha creatividad para el abordaje de una patología en la que confluyen características de ser una enfermedad infecto-contagiosa, con características de enfermedad crónico-degenerativa, que demandan de enfoque diferentes y que, por tanto, al analizar la dinámica de la respuesta, deberían de integrarse los enfoques de prevención y de atención, tal como lo demandan los compromisos suscritos.

El tipo de *focalización* que, en todo caso, cabría desarrollar, en las acciones de tipo preventivo es aquella dirigida hacia la mujer en los servicios de *Salud Sexual y Reproductiva*, y no solamente cuando se hace la atención pre-natal que, en muchos casos es ya tarde para hablar de medidas preventivas. Desarrollar este tipo de estrategia demanda, sin embargo, de afrontar el problema de la *verticalidad* de los programas en el sistema de servicios de salud, a través de una reconceptualización y reorganización de los servicios dirigidos a hombres y mujeres en edad reproductiva, bajo criterios que consideren el concepto de *Salud Sexual y Reproductiva* y una *integración* programática.³⁵⁴

Implicaciones de la tensión Vertical-Integral

La *verticalidad* en la estructura programática de los servicios para las PVIH tiene serias repercusiones en la calidad de atención que se les brinda, ya que, debido al modelo creado en Honduras con los *Centros de Atención Integral CAI*, exclusivos para el tratamiento de las PVIH, estudios realizados recientemente revelan que, a pesar de que el servicio en los CAI es aceptable en términos de disponer de sus medicamentos antirretrovirales de manera oportuna, la organización de los servicios

³⁵³ Asamblea General de las Naciones Unidas. *Declaración política sobre el VIH/SIDA Resolución aprobada por la Asamblea General [sin remisión previa a una Comisión Principal (A/60/L.57)]* 60/262. 87ª sesión plenaria 2 de junio de 2006. Nueva York.

³⁵⁴ Remien, R.H., Berkman, A., Myer, L., Bastos, F.I., Kagee, A. and El-Sadr, W. "Integrating HIV Care and HIV Prevention: Legal, Policy, and Programmatic Recommendations" *AIDS*. 2008 August 22(Supl. 2)

de los CAI; la información obtenida sugiere, como se ha dicho ya, que la atención es percibida de manera *vertical*, con una mayor eficiencia en la dispensa de medicamentos, que en otros servicios; se manifestó evidencia sobre la dificultad para la interconsulta en los establecimientos hospitalarios donde funcionan los CAI, así como desconocimiento de parte del personal de salud de las áreas hospitalarias, sobre la función de los CAI.³⁵⁵

Las personas entrevistadas en dicho estudio, manifestaron dificultades en el flujo entre programas, debido a la organización *vertical* de los servicios; esa situación suele darse, desde la falta de atención integrada para los pacientes con co-infección por Tuberculosis y VIH, las mujeres VIH positivas embarazadas que buscan el control pre-natal, hasta la búsqueda de información para otros servicios, resultando en una pérdida de tiempo para las PVIH que acuden a los CAI.³⁵⁶

Otro aspecto que evidencia la falta de *integralidad* en el servicio prestado en los CAI, fue la poca actividad extra-muros que realiza el personal de los CAI con la comunidad para ayudar a las PVIH, tanto para el seguimiento en la adherencia a su tratamiento antirretroviral, como para ayudarles desde el punto de vista laboral, social y legal. De igual forma, a pesar de que en muchos de los *Centros de Atención Integral* funcionan y se mantienen *Grupos de Autoapoyo*, éstos no reciben direccionalidad o respaldo del personal institucional.³⁵⁷

Finalmente, se observa una limitada concepción en la *integralidad* en la respuesta al VIH, al descuidarse las acciones de tipo *preventivo* dirigidas a personas que no tengan la condición de VIH, como ya se ha discutido antes. Esta situación es, al mismo tiempo, causal y resultado de la óptica *focalizada* y de la lógica basada en el *riesgo*, operando como un círculo vicioso institucional que tiende a su consolidación e inamovilidad, dificultando, por ende, los procesos de cambio en la *respuesta*.

Implicaciones de la tensión Medicalización - Interdisciplinariedad

Quizás la implicación mayor que tiene la *medicalización* de la salud en el tipo de respuesta que se ha dado, sea la óptica reducida del *objeto* VIH, que se ve solo

³⁵⁵ Saleh-Ramírez, A. (2009) Op.cit. p. 18

³⁵⁶ Saleh-Ramírez, A. (2009) Op.cit.

³⁵⁷ Saleh-Ramírez, A. (2009) Op.cit. p.20

como problema médico, no interdisciplinario, no intersectorial. Esta visión, aunada a intereses de tipo personal, gremial y político, ha impedido la sostenibilidad y beligerancia en la puesta en marcha y operatividad de la *Comisión Nacional de SIDA CONASIDA*, en función de su misión y mandato por ley.

A su vez, esta falta de cumplimiento en el mandato de la CONASIDA, tiene varias consecuencias. La falta de asunción del compromiso de liderazgo por parte del Estado en su conjunto y de la *Autoridad Sanitaria Nacional*, la falta de compromiso para asumir su mandato por parte de la Secretaría de Educación, y en última instancia del Poder Ejecutivo, para el cumplimiento de la *Ley Especial de VIH/SIDA*, en lo que atañe a la obligatoriedad de proporcionar *Educación Sexual* a la población escolarizada; así como la falta de mecanismos de autoridad para el cumplimiento del desarrollo de programas preventivos en el sector laboral del país, tanto público, como de la empresa privada.

Igualmente, la falta de mecanismos de cumplimiento de parte de las autoridades competentes, para hacer cumplir la *Ley Especial*, en lo que atañe a la participación decidida de los medios masivos de comunicación para la prevención del VIH/SIDA; así como la debilidad en lo que concierne a las acciones desarrolladas por el sector académico en lo que concierne a la generación del conocimiento pertinente y la formación de profesionales que estén conscientes de la contribución que devienen a realizar, desde las diferentes disciplinas del conocimiento a nivel superior, son manifestaciones de la *medicalización* de la salud y de la respuesta.

La respuesta al VIH y SIDA sigue esperando mejores formas de estructuración de sus sistemas y mecanismos, para lo cual es imperativo tener una adecuada integración programática, a través del enriquecimiento *interdisciplinario* y, trascendiendo el enfoque *medicalizado*. Es importante aquí destacar que la presencia de profesionales de diferentes disciplinas, no garantiza la *interdisciplinariedad* del enfoque, ya que el enfoque *medicalizado*, puede pervivir, habida cuenta que, en el sistema de salud se ha acostumbrado a delimitar el ámbito de acción de ciertas disciplinas, como la Psicología y el Trabajo Social, que son disciplinas sociales, pero se les ha encuadrado dentro de un rol de respuesta clínica u operativa. Es decir, no es lo mismo *multidisciplinariedad*, que *interdisciplinariedad*.

Dentro de las Ciencias Sociales, que reclaman un lugar más visible para una respuesta integral al VIH y SIDA y a la Salud Pública en general, están la Antropología, la Sociología y la Psicología Social. Esta última ha venido realizando avances por trascender su rol tradicional dentro de la égida clínica, para convertirse en una disciplina que soporte la promoción de la salud a través de los diferentes niveles de atención. No obstante, como lo plantean Alves, et. al., las posibilidades del pleno concurso de las diferentes disciplinas sociales para la promoción de la salud, pasan por la superación de un sistema de salud con modelo *vertical* y programático, y las posibilidades de un trabajo conjunto en términos de igualdad, para volverlo más *integral*.³⁵⁸

Situaciones diversas como las presiones económicas, las expectativas y roles de género en las diferentes culturas, las limitaciones para tratar los temas sobre sexualidad que los jóvenes tienen en ambientes francos y seguros, la falta de preparación de los padres y madres para hablar sobre temas sexuales de manera abierta, la falta de preparación de los docentes para abordar la temática son, todas, situaciones que necesitan ser investigadas todavía, para generar conocimiento y tecnología desde una óptica *interdisciplinaria* y, más aún, *transdisciplinaria*.

Se requiere también que haya un adecuado entendimiento del concepto de *tecnología*, concibiéndola no solamente para los abordajes biomédicos, sino que, debe entenderse que también los abordajes sociales requieren de tecnología, derivada de conocimiento científico, para permitir tomar las mejores decisiones sobre la respuesta que cabe implementar, en cada caso.³⁵⁹

Implicaciones de la tensión Paternalismo - Autonomía

Los sistemas de salud que niegan o limitan la posibilidad de un conocimiento habilitante para la toma de decisiones que permitan fomentar el autocuidado y el ejercicio de una sexualidad responsable, caen en el *paternalismo*, al decidir a quiénes se informa y a quiénes no, sobre la base de criterios morales debatibles, pero que no se llevan al debate, sino que las decisiones se toman, en el caso de Honduras, sin la

³⁵⁸ Alves, R.F., Eulalio M. C. y Jiménez, S. A. "La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos". *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 61, No. 2, 2009.

³⁵⁹ Alduvín, E. (2003) Op.cit.

participación de las personas directamente afectadas, como es el caso de la población adolescente, a quien se le niega la *educación sexual*, que se destina solamente a los así llamados “*grupos vulnerables*”, compuestos por trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con hombres.

La superación del enfoque *paternalista* en salud, herencia de un enfoque *medicalizado* de los servicios, tiene que darse de manera paralela al desarrollo de la *autonomía*; de ciudadanos, convertidos momentáneamente en pacientes, que reclaman sus derechos a los funcionarios del Estado, quienes devienen obligados a su cumplimiento.

El desarrollo de algunos procesos de empoderamiento de los pacientes, sobre todo en el tema de VIH y SIDA, que han sido significativos para los países de América Latina, sugieren, entre otras cosas, que los pacientes o personas afectadas, para enfrentar el *paternalismo* y fomentar su *autonomía*, deberían, estudiar las leyes y procedimientos que les permitan conocer sus derechos para poderlos exigir.

En estudios realizados en algunos países que han llevado la vanguardia en la lucha por el cumplimiento de los derechos de los pacientes en el tema de VIH y SIDA, como Brasil, se ha podido constatar hasta qué punto, la construcción de la “*seropositividad al VIH como identidad social y política*”, ha permitido, no solamente obtener beneficios tangibles en relación al tipo y calidad de la atención recibida, sino que, más allá de eso, ha permitido que se hiciese efectiva en la práctica la idea misma de *salud comunitaria*:

“Como actor fundamental del movimiento comunitario del SIDA está el seropositivo, figura política y social que aparece ya no como un enfermo, un paciente, sino como sujeto actuando activa y colectivamente sobre los factores culturales y políticos relacionados a la epidemia en sus diferentes países y comunidades.”³⁶⁰

Es importante ponderar la importancia de este tipo de logros, dimensionándolos como la posibilidad de acceder a una respuesta integral a la situación de salud en general, y del VIH en particular, toda vez que, la organización política, en este caso de los PVIH, pasa por “...*reconceptualizar toda una serie de valores y representaciones*

³⁶⁰ Terto, J.V. “La seropositividad al VIH como identidad social y política y política en el Brasil”. En: Cáceres, C., Frasca, T., Pecheny, M. y Terto, J.V., (Eds.) (2004) *Ciudadanía sexual en América Latina: Abriendo el debate*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. p. 305.

*negativos relacionados a la seropositividad, lo que amplía nuevas posibilidades de solidaridad y reducción de estigma.*³⁶¹ Esta experiencia en términos del empoderamiento y afianzamiento de la *autonomía* de los pacientes, indudablemente redundará en beneficio de un abordaje más abierto e *integral*.

Desde la promoción de la autonomía de las PVIH en Honduras, la participación en los procesos del *Mecanismo Coordinador de País MCP* y de la *CONASIDA*, ha implicado retos y aprendizajes en el tema de representatividad, por ende de la *gobernanza* que, desde los entes y mecanismos en los que participan, tienen que ejercer. De mucha ayuda en estos procesos ha representado la existencia y apoyo que han recibido de parte del *Foro Nacional de SIDA*, a través del conocimiento de la *Ley Especial de VIH/SIDA* y del fortalecimiento de las capacidades personales de las PVIH, aglutinadas en sus Capítulos Regionales, diseminados por el país.

Implicaciones de la Globalización en la Gobernanza

La complejidad del fenómeno de *globalización*, descrito en la sección anterior, tiene repercusiones sobre los sistemas de salud en general, pero, debido a la situación de “*excepcionalismo*” del VIH/SIDA,³⁶² las implicaciones de la *globalización* en la *gobernanza* de la salud, sobre todo en los países extremadamente dependientes de la cooperación externa, son considerables.

Uno de los aspectos que se ha constatado que suele ser una amenaza para la *gobernanza* en el sistema de salud, se refiere a la considerable dependencia de los fondos de la cooperación externa para el impulso de programas y proyectos en salud, que suelen tener sus propias lógicas administrativas, logísticas y de presentación de resultados, los que, a diferencia del estilo administrativo de las instituciones del Estado, suele ser mucho más organizado y con un ritmo que le impone resultados en tiempos estipulados.

La gerencia de los programas de la administración pública, como veremos al revisar algunas iniciativas en el tema, suele carecer de mecanismos que permitan monitorear y evaluar los procesos de avance y logro de resultados, a diferencia de

³⁶¹ Terto, J.V. “La seropositividad al VIH como identidad social y política y política en el Brasil”. En: Cáceres, C., Frasca, T., Pecheny, M. y Terto, J.V., (Eds.) (2004) Op. cit. p. 308.

³⁶² Foreman, L. “Financiamiento mundial para la lucha contra el SIDA y reemergencia de la discusión sobre su ‘excepcionalismo’”. *Medicina Social*. Vol. 6, No. 1 (2011).

aquellos proyectos financiados por la cooperación externa, que están sujetos a procedimientos administrativos y contables rigurosos que les permiten obtener desembolsos conforme los resultados presentados.

Esta dinámica, que se complica aún más cuando la recepción de fondos proviene de múltiples fuentes donantes, hace todavía más engorrosa, no solo la administración *per se*; sino que también las *líneas de autoridad*, sobre todo cuando el recurso humano que desempeña funciones en determinado programa, que depende de una unidad programática del Estado, es pagado por una agencia donante.

Este estilo de funcionamiento que ha sido algo normal dentro del sector salud en Honduras, ha cobrado más relevancia cuando los financiamientos en el tema de VIH y SIDA comenzaron a fluir en mayor cantidad, hace una década; y han llegado a convertirse en una verdadera situación de estructuras de servicios paralelos con el surgimiento de los *Centros de Atención Integral, CAI*, que si bien están insertos en la estructura de la Secretaría de Salud, han sido financiados por el Fondo Global,³⁶³ en el marco de la iniciativa de *Ampliación del Tratamiento como parte de la Respuesta Integral a la Infección por el VIH/SIDA*, impulsada por OPS en 2004.³⁶⁴

En efecto, una de las mayores implicaciones de la *globalización* para la respuesta en VIH y la *gobernanza* de la salud ha sido el surgimiento del *Fondo Global para la Lucha de la Tuberculosis, SIDA y Malaria FG*, que si bien, ha aportado más de 26 millones de dólares para la primera propuesta presentada por Honduras en la primera convocatoria de propuestas lanzada por el FG, para el período 2003-2008; y más de 25 millones de dólares para la propuesta ganada para el período 2008-2014³⁶⁵; las implicaciones generadas para la *gobernanza* de salud han sido diversas.

³⁶³ The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria/United Nations Development (2007) Programme.(Principal Recipient) *Program Grant Agreement* Strengthening of the National Response for Protection and Promotion of Health in *HIV/AIDS* 3. Grant Number: HND-102-G01-H-00

³⁶⁴ Pan American Health Organization/World Health Organization. *Scaling-Up Of Treatment Within A Comprehensive Response To HIV/AIDS Resolution CE134.R4* Washington, D.C., USA, 21-25 June 2004.

³⁶⁵ The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. *Program Grant Agreement* Grant Number: HND-102-G04-H-00. P. 1

Desde la capacidad de convocatoria y gobernanza de la CONASIDA, con el surgimiento del *Mecanismo Coordinador de País*, que se instituye en 2002, la cual se autodenominó, como:

“...instancia nacional y autoridad superior en la gestión de estrategias y políticas para la elaboración, diseño, definición presupuestaria, vigilancia e implementación de la Propuesta de País para la lucha contra las tres enfermedades con financiamiento del Fondo Mundial”³⁶⁶

Con dicha misión, y en el contexto del monto de fondos disponibles para poder articular la implementación de la propuesta a través del financiamiento que podía dispensar, tanto a las instituciones gubernamentales, como no gubernamentales, el MCP se convirtió en un *Superministerio de SIDA*, ante el cual, la CONASIDA, carente de una estructura operativa y de financiamiento propios; aunada a la duplicidad de representatividad de quienes participaban, tanto del MCP, como de CONASIDA que, lejos de convertirse el primero en aliado natural para el crecimiento y fortalecimiento de ésta última, para el cumplimiento del propósito que le confiere la *Ley Especial del VIH/SIDA*, como...

“...órgano superior, gestor y de coordinación interinstitucional; y como ente interdisciplinario de formulación de políticas generales en materia de VIH/SIDA”³⁶⁷ ...

...se convirtió el MCP en un mecanismo paralelo, en el cual estaban ausentes, el resto de sectores que tendrían que participan en CONASIDA y a los que les correspondería la obligatoriedad de articular una respuesta nacional.

El papel de CONASIDA, por tanto, se vio reducido en la práctica, por razones de una visión *medicalizada* de quienes la han dirigido y han convocado a la respuesta nacional; por la indisponibilidad financiera para poder apoyar la ejecución de proyectos desde los diferentes sectores del Estado; y por conflicto de intereses suscitados entre las personas y entes participantes en ambos mecanismos, para la recepción de fondos del *Fondo Global*.

Desde el fortalecimiento de los sistemas de salud, el papel que ha jugado la cooperación extranjera es doble; por un lado, ha fortalecido las capacidades del

³⁶⁶ Mecanismo Coordinador de País-Honduras. (2007) *2007- Memoria Anual de Labores*. MCP. Tegucigalpa. p. 1

³⁶⁷ República de Honduras. (1999) Op. cit.

personal de la Secretaría de Salud en aspectos puntuales relacionados con Vigilancia Epidemiológica, así como en la respuesta a la atención de las PVIH en relación con el acceso a medicamentos ARV; por otro lado, la cooperación extranjera no ha desarrollado las potencialidades para una respuesta nacional más amplia, debido a que otro tipo de respuestas, más allá de lo biomédico, han estado en manos de personal consultor externo, contratado al efecto en los proyectos que se han realizado en el país.

Otro aspecto que ha incidido negativamente en la *gobernanza* en el tema de VIH y SIDA en particular, así como más ampliamente en la respuesta en salud, tiene que ver con el fomento a la *fuga de cerebros* que se ha dado en el país, en el cual, llegar a ser Jefe del Departamento de VIH/SIDA, se ha convertido en la antesala para optar a puestos, nacionales o regionales en organismos internacionales multilaterales o en organizaciones no-gubernamentales internacionales, lo cual, lejos de fortalecer el sistema de salud o el sistema de respuesta, lo ha debilitado reiteradamente.

La definición de prioridades en la respuesta, ha estado más bien orientada a lo que se ha formulado en términos de propuestas de la cooperación externa, sean estas elaboradas en el país u ofrecidas al país, como parte de las estrategias propias, que forman parte del paquete de estrategias que las agencias de cooperación internacional desarrollan mundialmente o regionalmente.

Desde las posibilidades de *armonización* en la respuesta, sea entendida como *intra-institucional*; es decir, horizontalizando las respuestas programáticas; *interinstitucionalmente*, con otras instituciones del sector salud; o *intersectorialmente*, haciendo participar a otros sectores del Estado, a través de otras carteras ministeriales; éstas han sido sumamente limitadas, habida cuenta de la falta de convocatoria y operatividad para las decisiones que, en materia de políticas, ha podido realizar la CONASIDA.

En síntesis, la visión *medicalizada* de la respuesta, aunada a la *fragmentación* del sistema de salud, y la debilidad en una respuesta organizada de manera articulada e *intersectorial*, en un país que depende altamente de la cooperación externa para la ejecución de actividades en las áreas de salud, educación y el sector social en general, inciden negativamente en la *gobernanza* para la respuesta.

Interacción de las tensiones analizadas

Las tensiones analizadas, que se vinculan unas con otras, configuran el tipo de sistema de salud que se ha conformado y, por razones de su complementariedad operativa, es que se hace difícil introducir los cambios en el mismo.

La óptica de *riesgo*, ha conformado la identidad de la “*Epidemiología Clínica*”, dejando por fuera otras visiones más afines con la Salud Pública, como las *vulnerabilidades* que caracterizan a poblaciones con condiciones de vida precarias que se convierten en *determinante sociales de la salud*. Asimismo, dicha óptica de *riesgo*, implica la posibilidad de pensar en términos de *focalización de poblaciones de riesgo*, más que desde un enfoque *universal*, como debiera abordarse desde una óptica de *vulnerabilidad* global de la población al VIH; vulnerabilidad que tiene diferentes matices, que es necesario estudiar, para desarrollar las tecnologías que permitan abordarlas de manera más eficaz.

Por otra parte, el *enfoque de riesgo*, está fincado, y refuerza, al mismo tiempo el *enfoque medicalizado* de los sistemas de salud, soslayando el concurso de otras disciplinas necesarias para un abordaje desde la *vulnerabilidad* y las *determinantes sociales de la salud*. La misma situación acontece en relación con el engarce mutuo que se da entre los sistemas de salud con *enfoque vertical*, por oposición a las diferentes interpretaciones que sobre *integralidad* en los servicios se han explicado.

Como corolario de esta dinámica, dos tensiones que tienen que ver con el ejercicio del poder; la primera en relación con los prestadores de servicios y los usuarios, referente a la dinámica entre *paternalismo* y *autonomía*. La segunda, relacionada con el ejercicio del poder desde las agencias de cooperación, en virtud de los fenómenos de *globalización* y de *gobernanza*, alrededor de las decisiones que se toman los gobiernos sobre el rumbo de los sistemas de salud.

El círculo, se cierra, a su vez, sobre las pautas que, desde las agencias de cooperación se tienen sobre la óptica de *riesgo* y *vulnerabilidad*, que son patentes en el tema de VIH y SIDA y que, explican, parcialmente, las dificultades para emprender acciones preventivas de carácter *universal*; así como mayores niveles de *autonomía*, de parte de las PVIH.

El resultado de la interacción aquí planteada es la *estructuración del VIH y SIDA como un objeto* que pertenece, de una manera *escindida*, -no integral, ni integrada-, al ámbito *medicalizado*, por un lado, y de los *Derechos Humanos*,

entendido esto último, solamente desde la óptica del *estigma y la discriminación*, hacia las PVIH.

La implicación es que la respuesta que se plantea en los *discursos* y en los *dispositivos* que los llevan a la práctica, una *atención medicalizada* a las PVIH, y la de la promoción de sus los Derechos Humanos, entendida únicamente como la lucha contra el *estigma* y la discriminación; más no, de manera integral, desde la óptica del respeto a los *Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, por un lado; más específicamente en el entendimiento del cumplimiento del *Derecho a la Salud*, conceptualizado como el *derecho al más alto nivel de salud disponible*; y, específicamente, desde los servicios de atención a PVIH, un reduccionismo en el entendimiento de la *Atención Integral*, vista como servicios poco integrados, enfatizando en la atención clínica, y abstraída de la realidad socio-económica, legal y laboral que confrontan las PVIH cotidianamente.

Por otro lado, en la respuesta de Honduras al VIH y SIDA, desde un ámbito macro como política social, las inconsistencias de tipo enunciativo, conceptual y estratégico, tanto en lo discursivo, como en lo operativo, no permiten vislumbrar el cumplimiento del *Derecho a una Respuesta Integral*.

Una respuesta al VIH y SIDA desde los *Derechos Humanos*, en el entendimiento pleno del concepto, implica, que si se toma como punto de partida el combate al *estigma y discriminación*, no solamente hay que verlo *hacia las PVIH*; sino que la visión de combatir dicho estigma y discriminación, debe verse, como *condicionante que propicia que haya incremento de PVIH*. Para ello, es importante reconocer las *vulnerabilidades* contextuales que promueven el VIH.

Hace más de tres lustros, Jonathan Mann proponía pasar *De la Vulnerabilidad a los Derechos Humanos*, a través de una serie de políticas y estrategias programáticas, cuyo avance ha sido bastante modesto. En 1996 escribía:

“El entendimiento de que la vulnerabilidad al VIH/SIDA depende del grado en que los Derechos Humanos se cumplan y la dignidad del ser humano sea respetada en cada sociedad (y entre las sociedades) crea una oportunidad para intervenir al nivel más profundo de la sociedad, y por tanto, combatir la pandemia.”³⁶⁸

³⁶⁸ Mann, J.M. y Tarantola, D. (Eds.) (1996) Op. cit. p. 463.

Acto seguido, planteaba:

“Los Derechos Humanos ofrecen un abordaje extremadamente potente para discutir la marginalización, estigmatización y discriminación y lo que debe de hacerse acerca de esos problemas sociales. De hecho, el pensamiento sobre los Derechos Humanos y la Salud Pública han estado evolucionando rápidamente en el contexto del VIH/SIDA.”³⁶⁹

También explicaba:

“...se deben determinar acciones concretas para mejorar el respeto a los derechos humanos identificados como importantes factores contextuales subyacentes...se deben considerar las siguientes preguntas: Qué se necesita hacer?...incrementar el cumplimiento específico de los derechos humanos y la dignidad de la comunidad y/o el país; Qué puede hacerse? Métodos para el avance de los derechos humanos, incluyen educación, buscando cambios en la ley y la práctica, catalizando la conciencia, y monitoreando, identificando y llamando la atención hacia los problemas de los derechos humanos. Con quienes se podría hacer este trabajo? ...requiere de colaboración de los trabajadores de salud y de aquellos individuos y grupos, desde los gubernamentales, no-gubernamentales y del sector privado, que estén trabajando en el respeto a los derechos humanos y la dignidad en la sociedad.”³⁷⁰

El entendimiento, de que no hay “*grupos vulnerables*”, sino contextos de *vulnerabilidad global* que ameritan estudiarse, para poder dar una respuesta *integral*, y no *vertical*; *interdisciplinaria*, y no *medicalizada*; *universal*, y no *focalizada*; que promueva la *autonomía*, y no el *paternalismo*; aunado al peso desmesurado que representa el apoyo de la cooperación, como se ha explicado, pone en precario la *gobernanza*, desde una óptica de *Derechos Humanos* en Honduras. La dinámica generada entre los *discursos* y los *dispositivos de poder institucionales* que operan en medio de *presiones globales* y *crisis de gobernanza*; será el objeto de análisis de los próximos capítulos.

³⁶⁹ Mann, J.M. y Tarantola, D. (Eds.) (1996) Op. cit. p. 466.

³⁷⁰ Mann, J.M. y Tarantola, D. (Eds.) (1996) Op. cit.. p. 471.

**CAPÍTULO IV. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL VIH, AL
SIDA Y A LOS DERECHOS HUMANOS**

CAPÍTULO IV. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL VIH, AL SIDA Y A LOS DERECHOS HUMANOS

El presente capítulo tiene como propósito, explicar la estrecha relación existente entre los temas del *VIH*, del *SIDA* y de los *Derechos Humanos*. Importa mucho, desde el punto de vista conceptual, y para los propósitos analíticos de los discursos sobre dichos temas, poder explicitar de manera clara y fundamentada, las particularidades y complementariedades de cada uno de estos conceptos, para la adecuada comprensión de los usos y abusos que en la documentación analizada surjan. Por tal razón, el capítulo está estructurado en tres secciones; en la primera sección, se analiza con detenimiento la mediación ineludible que existe entre los conceptos ya mencionados, a través del *Derecho a la Salud*, como directriz mundial y como aspiración humana a través de las acciones del Estado. La segunda sección pasa revista, desde el punto de vista conceptual, al tema de *Estigma y Discriminación*, haciendo una crítica de la visión reduccionista que se tiene en el ámbito del VIH y SIDA, a ver esta manifestación, como la única presente en el tema de *Derechos Humanos*, soslayando así, una discusión más amplia, capaz de abarcar la conceptualización y operatividad, más amplias, del *Derecho a la Salud*. En la tercera parte se analiza el concepto de *Vulnerabilidad*, explicando su importancia, como eje articulador en la explicación de la dinámica de la situación del VIH y SIDA. Igualmente se examina el tipo de respuesta que debería plantearse ante tal fenómeno, en virtud de su complejidad.

Derechos Humanos y Derecho a la Salud

El día 10 de diciembre de 1948, al calor de los acontecimientos de la postguerra, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su resolución 217 A (iii) adoptada en París, proclamó la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (originalmente denominada Declaración Universal de los Derechos del Hombre). El documento resolutivo, que consta de 30 artículos, resume el...

“...ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren por

medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros, como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción”.³⁷¹

Desde su proclamación, dicho ideal ha pretendido llevarse a la práctica, por los Estados signatarios, a través de readecuaciones en su normativa legal y en la institucionalización de medidas de toda índole en procura de satisfacer, principalmente, los que se conocen como *derechos civiles y políticos*, o derechos humanos de *primera generación*, debido a que fueron los que se pretendió enfatizar por el momento en que surgieron, después de la II Guerra Mundial.

En esa misma época, fruto de los mismos procesos integracionistas de la postguerra, en 1946, en la primera *Conferencia Sanitaria Internacional*, en la ciudad de Nueva York, se constituía la *Organización Mundial de la Salud OMS*, en cuya carta constitutiva promulgaba:

“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”³⁷²

A pesar de que la Declaración Universal ya menciona en su artículo # 22 el derecho a la seguridad social y a la satisfacción de los “...*derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad*”, así como en el artículo # 25, el derecho a “...*un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...*”³⁷³; y que la carta constitutiva de la OMS se refiriera específicamente a *el disfrute del grado máximo de salud que se pueda lograr*; razones de carácter básicamente político, condicionaron que la visibilidad de los *derechos civiles y políticos*, que garantizaran la vida y la integridad de las personas, fueran los que estuvieran en el foco de discusión en las siguientes décadas.

³⁷¹ Organización de las Naciones Unidas (1948) *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (iii) del 10 de diciembre de 1948. Nueva York.

³⁷² Organización Mundial de la Salud. (2006) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos*, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006. OPS/OMS. Washington, D.C.

³⁷³ Organización Mundial de la Salud. (2006) Op. cit.

La pugna internacional en relación con las prioridades que los Estados deberían tener al definir sus estrategias en la atención de los Derechos Humanos de su población, también tuvo su expresión concreta en las discusiones de la Organización de las Naciones Unidas, por lo que, en 1966 se decidió formular dos tipos de tratados, el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, y el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC*, que fueron abiertos a firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas.³⁷⁴ El PIDESC entró en vigor diez años más tarde, en enero de 1976, en virtud de cumplir una disposición especial, que exigía la adhesión de, por lo menos, 35 Estados Miembros.

El PIDESC reconoce que:

“no puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos...”³⁷⁵

El PIDESC reza de forma explícita ya, en su Artículo 12: “1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, igualmente, llama a los Estados Partes, a adoptar las medidas necesarias para la reducción de la mortalidad infantil, mejoramiento de las condiciones laborales y medioambientales, prevención y tratamiento de enfermedades epidémicas y endémicas, así como las condiciones que aseguren la asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.”³⁷⁶

Obviamente, una demanda de tal naturaleza tenía, y sigue teniendo aún su reto mayor en la aplicación de tales medidas, toda vez que los entendimientos sobre “*el más alto nivel posible de salud física y mental*”, pueden ser sumamente variados, no solamente por las demandas de tipo económico que su implementación requiere, sino por consideraciones políticas, y conceptuales.

³⁷⁴ Nygren-Krug, H. (2002) *25 Questions & Answers on Health and Human Rights*. World Health Organization. Geneva. p. 9.

³⁷⁵ Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (1966) *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27.

³⁷⁶ Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (1966) Op. cit.

Para el año 1993, del 14 al 25 de Junio se desarrolló en Viena, Austria, la *Conferencia Mundial de Derechos Humanos* e igualmente se emitió una declaración y programa de acción, llamado *Declaración y Programa de Acción de Viena*, en la cual, en su texto de considerandos, se hace eco de los instrumentos previos emitidos por la ONU en materia de Derechos Humanos, contenidos en instrumentos que habían sido promulgados anteriormente, y como un instrumento de reafirmación del compromiso de los Estados Miembros en cumplir sus obligaciones, al declarar:

“Los derechos humanos y las libertades fundamentales son patrimonio innato de todos los seres humanos; su promoción y protección es responsabilidad primordial de los gobiernos.”³⁷⁷

La Declaración y el Programa de Acción sobre los Derechos Humanos se refieren en su texto, a la gama de derechos humanos, de primera, segunda y tercera generación que antes habían sido mencionados en los documentos e instrumentos previamente aprobados, y hacen mención específica del tema de salud en varios de sus artículos, por ejemplo, en el # I-11, al advertir sobre la necesidad de adoptar medidas que eviten el *vertimiento ilícito de sustancias y desechos tóxicos* y peligrosos que puedan constituirse en amenazas al derecho a la vida y la salud; en el # I-18, al referirse a los derechos humanos de la mujer y la niña, alrededor del tema de *violencia y explotación sexual*; en el # I-24, relación a la protección del derecho a la salud y a otros derechos de las *personas vulnerables, incluyendo a los trabajadores migratorios*; en el # I-31, en relación a la necesidad de no adoptar medidas que creen obstáculos a las *relaciones comerciales* entre los Estados que impidan el derecho a un nivel de vida adecuado para su salud y bienestar; en el # II-41, en relación a la importancia de que la mujer tenga acceso a una salud adecuada y a servicios de salud que incluyan servicios de *planificación familiar*; y en el # II-58 alrededor del tema de la aplicación efectiva de *principios de ética médica, aplicables a personal de salud* en relación con el trato a personas presas o detenidas.³⁷⁸

Para ese momento, las declaraciones universales y los tratados ratificados por los Estados Miembros eran claros en que había una especie de relación entre los *Derechos Humanos* y el *Derecho a la Salud*. Lo que quizás no aparecía de una

³⁷⁷ Organización de las Naciones Unidas (1993) *Declaración y Programa de Acción de Viena*. A/CONF.157/23 12 de julio de 1993 *Aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos el 25 de junio de 1993*.

³⁷⁸ Organización de las Naciones Unidas (1993) Op. cit.

manera tan evidente era la relación, tanto conceptual como programática, de la manera de enlazar estos dos conceptos, sobre todo después de la experiencia limitada, y hasta cierto punto deformada de la estrategia de *Atención Primaria en Salud APS* en los países del en vías de desarrollo.

Para 1984, refiriéndose al tema de la obligatoriedad de los Estados, como *titulares de deberes*, en la realización de los Derechos Humanos, Foucault escribía que los gobiernos no podían arrogarse el derecho de dejar pasar como beneficio o pérdida, la infelicidad que sus decisiones provocaran o que su negligencia permitiera, sino que asiste el derecho y deber de una *ciudadanía internacional* para llevar a los ojos y oídos de los gobiernos, los sufrimientos de las personas que ellos mismos provocan:

“El sufrimiento de los hombres nunca debe ser un residuo silencioso de las políticas. Asiste un absoluto derecho para levantarse y hablar a aquellos que detentan el poder...La voluntad de los individuos debe dar lugar a sí misma en una realidad en la cual los gobiernos han intentado dejar un monopolio a sí mismos, ese monopolio que debemos arrebatarnos poco a poco y día a día.”³⁷⁹

En 1993 también coincidió la aparición, desde el Banco Mundial, del décimo-sexto Informe sobre el Desarrollo Mundial, titulado *Invertir en Salud*. El documento marcaría la pauta de ahí en adelante, para la importancia que el banco comenzó a tener en los temas relacionados a la salud a nivel mundial, utilizando como estrategia, la vinculación ya existente con las agencias del Sistema de las Naciones Unidas, tomando para sí, roles y atribuciones que hasta ese momento habían sido ejercidas por la Organización Mundial de la Salud.

El propósito fundamental del informe *Invertir en Salud* fue examinar...

“...la interacción entre la salud humana, las políticas sanitarias y el desarrollo económico...se hace un examen en profundidad de un sector en el que los efectos de las políticas y el financiamiento públicos revisten especial importancia.”³⁸⁰

De igual manera, el informe expuso tres mensajes fundamentales, considerando la importancia de fomentar entornos que permitan a las familias mejorar

³⁷⁹ Foucault, M. (e. o.: 1984a) Op. cit. p. 64-65.

³⁸⁰ Banco Mundial (1993) *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Resumen*. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Washington, D.C. p. iii

su salud; el mejoramiento del gasto público en salud; y la importancia de promover la diversidad y la competencia en la prestación de servicios de salud.³⁸¹

En el primero de los apartados, aboga porque los gobiernos tomen medidas para mejorar el nivel económico y educativo de las poblaciones, así como la promoción de los derechos y la condición de las mujeres; en el segundo aspecto, se refieren a la necesidad de financiar la prestación de servicios clínicos esenciales, dejando a criterio de cada país, cuáles servicios pueden ser considerados de esa manera, en función de sus condiciones epidemiológicas y sus ingresos, así como el mejoramiento de la gestión de los servicios de salud, considerando el tema de descentralización; finalmente, el informe aboga por la promoción de seguros sociales o privados y que se aliente la provisión de servicios de parte de proveedores públicos y privados.³⁸²

A partir de la publicación del informe, se ha venido ahondando cada vez más la brecha entre el segundo y el tercer aspecto; es decir, entre el empeño de los gobiernos para el mejoramiento de sus propios sistemas de salud, o el empeño en fomentar las condiciones que conlleven a la separación de funciones, cediendo terreno ante los prestadores privados de servicios de salud. Esta dualidad de metas y estrategias, ha tenido una gran repercusión, no solo en la calidad de los servicios, sino también en las posibilidades de brindarlos de manera equitativa, resaltando así, la dificultad, por parte del Estado, de garantizar el cumplimiento del *Derecho a la Salud*.

Fue en la década de los años 90, cuando Jonathan Mann, entre otros académicos, surge como una figura emblemática en el tema de los Derechos Humanos y el Derecho a la Salud. Ya en 1992 había editado su hoy clásica obra “El sida en el mundo”, que posteriormente reeditó en 1996, junto con Daniel Tarantola como “El sida en el mundo II”. Ellos dos, junto con otros profesionales de la talla de Sofía Gruskin, le imprimieron al tema de Derechos Humanos y Derecho a la Salud, su tan necesitada discusión académica y conceptual, al fundar el Centro para la Salud y los Derechos Humanos François-Xavier Bagnoud, en 1993; promovido por el propio Mann con la contribución financiera de la condesa Albina du Boisrouvray, y asentado en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard.

³⁸¹ Banco Mundial (1993) Op. cit.

³⁸² Banco Mundial (1993) Op. cit.

El enfoque del centro es simple y al mismo tiempo, complejo: analizar “...la dinámica práctica existente entre los temas de salud y derechos humanos” ³⁸³ El recuento del propósito y de los logros de este centro durante sus primeros once años de existencia, es resumido por Stephen Marks, quien asumió el cargo de director desde 1999 hasta 2006, resaltando que la necesidad e importancia de un centro académico de tal naturaleza se da porque, si bien el tema de los Derechos Humanos y el tema del Derecho a la Salud, por sí mismos, no tienen que ser justificados en su importancia y trascendencia, el vínculo existente entre ellos en la vida práctica no es tan obvio, ni son tan expeditas las formas a través de las cuales se pueda garantizar su cumplimiento y respeto por parte de los Estados, los gobiernos y sus instituciones; en concreto, a través del...

“...reconocimiento de las influencias recíprocas entre la salud y los derechos humanos, incluyendo las consecuencias positivas y negativas de las políticas y programas de salud pública en los derechos humanos, las consecuencias de las violaciones de los derechos humanos en la salud, y la importancia de la salud en la realización de los derechos humanos...”³⁸⁴

En palabras de Marks, la experiencia de Jonathan Mann en el tema de salud y derechos humanos había madurado en su experiencia como primer jefe del Programa Mundial de SIDA de la OMS, entendiendo y siendo un abanderado de la necesidad de visibilizar el tema de VIH y SIDA desde el vínculo existente con la falta de cumplimiento de los derechos humanos. Su visión era, que los investigadores y profesionales de la Salud Pública utilizaran los Derechos Humanos como una herramienta para adentrarse en la “*caja negra*” de los Determinantes Sociales de la Salud, para poderlos organizar coherentemente para el análisis y la acción.³⁸⁵

El propio Mann explica que las diferencias en las raíces filosóficas e históricas, las diferencias disciplinarias en lenguaje y enfoque, y las barreras prácticas a la colaboración, impiden el reconocimiento de los importantes vínculos entre salud y derechos humanos, lo cual solo puede superarse a través de la mutuamente enriquecedora combinación de investigación, educación y experiencia de campo, lo

³⁸³ <http://www.harvardfxbcenter.org/about.php>. Consultada el 13 de agosto de 2011.

³⁸⁴ Marks, S. (2004) *François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights From Vision to Action: The First 11 Years*. FXB Center for Health and Human Rights. Cambridge, MA.

³⁸⁵ Marks, S. (2004) Op. cit.

cual permitirá entender y catalizar acciones posteriores alrededor de los derechos humanos y la salud.³⁸⁶

La acción de los primeros años en el tema, se centró en poner en el mapa de la discusión académica el tema de *Salud y Derechos Humanos*, destacándose que, aparte de la discusión sobre la inclusión de las consideraciones sobre salud y derechos humanos en las leyes e instrumentos jurídicos de los Estados miembros, había que pasar a evidenciar las vinculaciones prácticas que pudieran fomentar acciones desde los servicios de salud que permitieran, al desarrollar sus acciones, *respetar, proteger y cumplir* con los derechos humanos de sus ciudadanos.

Con el correr de los años y el intenso trabajo académico que permitiera la vinculación entre *Derechos Humanos y Derecho a la Salud*, el propio Mann, en 1997, evaluaría los resultados de ésta asociación, como más dinámicos y retadores que en años atrás, siendo las razones para ello, la necesidad de explicitar en mayor detalle, las mediaciones que se dan entre ambos dominios. Los así llamados “factores sociales” constituyen los mayores determinantes de la salud, pero aún hace falta mucho trabajo de investigación para poder establecer con claridad los vínculos que se dan entre ellos y los resultados en la salud. Lo que sí puede establecerse con bastante claridad, es el convencimiento de que el abordaje desde la perspectiva de la promoción y la protección de los Derechos Humanos de la población es la mejor forma de promocionar y proteger su salud.³⁸⁷

El reto, no obstante, para el enfoque propuesto, viene de la mano de la tendencia en el campo de la Salud Pública, para abordar los temas relacionados con investigación, desde una metodología epidemiológica, basada en las técnicas de identificación de los factores de riesgo para relacionarlos con las condiciones de salud de las poblaciones estudiadas, lo que, en el mejor de los casos, permite establecer relaciones en el nivel individual o personal, teniendo como derivación, la propagación de programas que buscan estimular los cambios de conducta individuales, a través de estrategias de *información, educación y comunicación*, así como a través de los servicios en establecimientos de salud. En contraste con este enfoque clásico, una

³⁸⁶ Mann, J.M., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lazzarini, Z. and Fineberg, H.V. “Health and Human Rights”. *Health Hum Rights*. 1994;1(1):6-23.

³⁸⁷ Mann, J. “Health and human rights: if not now, when?” *Health Hum Rights*. (1997); 2(3):113–120.

óptica desde los Derechos Humanos, equivale a un análisis que considere las raíces sociales de los problemas de salud.³⁸⁸

Mientras que los modelos tradicionales de trabajo en Salud Pública son aún extremadamente útiles, claramente se necesitan nuevos métodos para promover y proteger los Derechos Humanos. Esta demanda es fuerte, la de moverse de la esfera conceptual a la esfera de la acción; estamos hablando de explorar nuevos métodos de trabajo conjunto en un campo extremadamente complejo, y en circunstancias de cambio rápido, para lo cual se demandan grandes dosis de diálogo y de tolerancia, diversidad, respeto, dignidad, en el que se promueva la solidaridad y la inclusión, que es el único tipo de solidaridad que puede existir.³⁸⁹

En el orden estrictamente político, después de la entrada en vigor del PIDESC en 1976, se recrudecieron más algunas confrontaciones, en plena guerra fría, de las cuales Latinoamérica fue protagonista. En el plano continental, las décadas de los 70's y los 80's fueron testigo de numerosos episodios violentos y de situaciones que pusieron en jaque la condición de los derechos humanos de los ciudadanos.

Casi un cuarto de siglo después de la entrada en vigor del PIDESC, en el 2,000, y gracias en parte a una serie de movimientos desde el sector académico y social que tuvieron su impacto a nivel político, se elabora y aprueba, por parte del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la *Observación General N° 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, que establece en su artículo número 1:

“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los

³⁸⁸ Mann, J. (1997) Op. cit.

³⁸⁹ Mann, J. (1997) Op. cit.

programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos...³⁹⁰

El *Derecho a la Salud* es uno de los derechos humanos fundamentales y, por su complejidad, es uno de los más difíciles de garantizar a plenitud, así como de precisar en su contenido y alcances. Es un derecho por el valor que tiene en sí misma la salud para el desarrollo de las capacidades, personalidad y proyectos de vida de las personas, del mismo modo que para el desarrollo de las colectividades.

Llegar a lograr una redacción medianamente satisfactoria para los países adherentes, tanto en términos de las obligaciones políticas y económicas inherentes, como en la base conceptual y pragmática que lo sustenta, no fue una labor, ni fácil, ni rápida. Entre la época que se redactó el PIDESC y el momento de la redacción del Comentario # 14, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, mediaron 34 años, en los cuales se sucedieron avances y hechos, tanto de orden académico-conceptual, como de orden meramente político, de los cuales mencionamos brevemente los más destacados.

El *disfrute del más alto nivel posible de salud*, como derecho, remite a conceptos como *equidad en salud*, que más allá de concebirse como equidad en el acceso a servicios de salud, debe verse como la posibilidad de gozar de condiciones equitativas en la distribución del riesgo de enfermar o morir o, en la adquisición de conocimientos para tomar decisiones, individuales y colectivas para la salud.³⁹¹

Cerca de 150 países en el mundo, incluyendo a Honduras, son partícipes de la *Convención Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. El Comentario 14 (GC 14) del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales DESC, adoptado en 2000, elabora y clarifica el concepto de *Derecho a la Salud* al definir el contenido, métodos de operacionalización del mismo, así como las violaciones y medios para monitorear su implementación.

³⁹⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000) *Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N° 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*.

³⁹¹ Rovere, M. (2006) *Redes en Salud. los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. 2ª ed. El Agora. Bs. As p. 10.

En relación con su contenido o elementos esenciales, el *Comentario 14* en su artículo 12, señala la obligatoriedad de los Estados Partes de velar por las siguientes condiciones que, por la centralidad para la discusión del tema que nos ocupa en este estudio, reproducimos de manera íntegra:

“a) *Disponibilidad*. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS

b) *Accesibilidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) No discriminación ii) Accesibilidad física iii) Accesibilidad económica (asequibilidad) iv) Acceso a la información.

c) *Aceptabilidad*. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) *Calidad*. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas”.³⁹²

En relación con las medidas que los Estados Partes deberán tomar para con sus deberes en el cumplimiento del Derecho a la Salud de la población, el *Comentario 14* orienta hacia acciones puntuales en materia de *Salud Materna, Infantil y Reproductiva; Higiene del Trabajo y del Medio Ambiente; Prevención y tratamiento de*

³⁹² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000) Op. Cit. Párrafo 12.

*enfermedades y la lucha contra ellas; y Derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud.*³⁹³

Finalmente, en relación con los denominados temas especiales de alcance general, el Comentario 14 menciona explícitamente, la *No discriminación e igualdad de trato*; la *perspectiva de género*, que “reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y de la mujer”; por tanto recomienda la necesidad de elaborar una “*estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida*”; enfatiza también en la población de niños, niñas y adolescentes, recomendando “*adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas*”; enfatiza también en otras poblaciones vulnerables como personas mayores, personas con discapacidades y pueblos indígenas.³⁹⁴

Mientras que las constituciones y las leyes nacionales rigen solamente en un país y los tratados regionales imponen obligaciones sólo a los países de una región específica, las leyes internacionales en materia de derechos humanos aplican a todos los países del mundo y se constituyen vinculantes para los Estados Partes. El *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC*, el cual fue suscrito por Honduras como uno de los Estados Partes y las cuestiones sustantivas planteadas en el Comentario 14 (2000) del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, se constituyen, por tanto, en vinculantes.

El derecho a la salud no debe entenderse como un *derecho a estar sano*; pero sí entraña *libertades y derechos*. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, así como el derecho a no ser sometido a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. Entre los derechos figura el relativo a un *sistema de protección de la salud* que brinde a las personas *oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud*, lo cual implica medidas concretas para alcanzar la *equidad*.

Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no

³⁹³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000) Op. Cit. Arts. 14-17.

³⁹⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000) Op. Cit. Arts. 18-27.

puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano, como es el caso de los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida poco saludables, que suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona, por lo que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para *lograr el más alto nivel posible de salud*.

Desde la adopción de los dos Pactos Internacionales de las Naciones Unidas en 1966, el concepto de la salud ha experimentado cambios importantes en cuanto a su contenido y alcance. Ahora se tienen en cuenta más elementos determinantes de la salud, como la distribución de los recursos y las diferencias basadas en la perspectiva de género. La amplia definición de la salud también tiene en cuenta inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o los conflictos armados. Además, el papel que desempeñan enfermedades anteriormente desconocidas, como el VIH/SIDA y otras como el cáncer, ha adquirido mayor visibilidad. Igualmente, el rápido crecimiento de la población mundial, han opuesto nuevos obstáculos al ejercicio del derecho a la salud.

Se interpreta, por tanto, el *Derecho a la Salud DAS*, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la *Salud Sexual y Reproductiva*. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario, nacional e internacional.³⁹⁵

Si bien el PIDESC establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados Partes diversas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al *Derecho a la Salud*, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna y la obligación de adoptar

³⁹⁵ Organización de las Naciones Unidas (2000) Op.cit.

medidas específicas en aras de la plena realización del *derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC). Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del *DAS*.

La realización progresiva del *Derecho a la Salud* a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Por el contrario, la *realización progresiva* significa que los Estados Partes tienen la *obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*.

El cumplimiento de este, como de cualquier derecho, se relaciona con el entendimiento que sobre el mismo se tiene desde un punto de vista ético. A la salud se le ha negado el lugar que le corresponde como objeto de estudio y discusión de la ética y en el mejor de los casos, le es atribuido solamente el valor –considerado a veces filosóficamente irrelevante e intelectualmente plebeyo- de “cuestión social”; no obstante, como nos recuerda Berlinguer, las discusiones éticas respecto de la salud solamente han girado alrededor de una sola, pero perentoria pregunta: *Cómo distribuir los escasos recursos para la asistencia médica, con base a la utilización de criterios para el racionamiento médico?*³⁹⁶

Al igual que en el caso de los demás derechos enunciados en el Pacto, es entendido que *no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud*. Si se adoptan cualesquiera medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que éstas han sido aplicadas después de realizar un examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas, por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos del Estado Parte en cuestión.

La falta de capacidad de un Estado Parte en sí misma, no es justificación para que las políticas de salud sean malas o inexistentes. Los gobiernos pueden tomar muchas medidas que no requieren de amplios recursos. Incluso en tiempos de

³⁹⁶ Berlinguer, G. (2003) *Ética de la Salud*. Lugar Editorial. Bs. As.

severas limitaciones de recursos, el gobierno tiene que proteger a los grupos vulnerables a través de programas específicos³⁹⁷.

En palabras de Gruskin, S. y Dickens, B., las debilidades económicas de los Estados Partes, no pueden invocarse como una excusa para el no cumplimiento del *Derecho a la Salud*, pero si debe incitarles a diseñar y articular políticas y planes que promuevan la salud de manera creativa e inclusiva, considerando:

“...institucionalizar de manera sistemática y rutinaria la perspectiva de derechos humanos en todas las acciones del sector salud...fortalecer y extender las funciones de salud pública para crear las condiciones básicas necesarias para lograr la salud y bienestar...el financiamiento equitativo de la atención en salud es el tercer punto...el cuarto punto demanda de acciones que aseguren que los servicios de atención en salud puedan ser efectivamente proveídos en respuesta a las mayores causas prevenibles de salud...el quinto punto...es abogar, tomar acciones y monitorear para confrontar las implicaciones de derechos humanos que tienen las políticas de desarrollo en todos los sectores que afectan la salud.”³⁹⁸

Como vimos anteriormente, el Estado, deviene en *titular de deberes* para el cumplimiento del Derecho a la Salud de la población respectiva. Esto, en términos de operatividad, implica una serie de obligaciones que el Estado, a través de sus instituciones, como las diferentes dependencias gubernamentales, deviene en observar compromisos inmediatos ante los que tiene que responder. Lo mismo que sucede con todos los Derechos Humanos, el *Derecho a la Salud* impone obligaciones concretas al Estado y sus instituciones, en tres niveles distintos: *respetar, proteger y cumplir*.

En relación con la obligación de *respetar*, el Comentario 14 del PIDESC, referente al artículo 12 *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, reza:

“...los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de

³⁹⁷ Organización de las Naciones Unidas. (2000) Op.cit. párrafo 18.

³⁹⁸ Gruskin, S. and Dickens, B. “Human Rights and Ethics in Public Health” *American Journal of Public Health*. November 2006, Vol 96, N° 11: 1903-1905.

imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer...”³⁹⁹

En referencia a la obligación de *proteger*, el mencionado documento establece:

“...adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología”⁴⁰⁰

En relación con la obligación de *cumplir*, ésta se subdivide, a su vez, en cumplimiento a través de *facilitar*, cumplimiento mediante la *promoción*, y cumplimiento al *proveer*. Cabe mencionar que esta última modalidad de obligación estatal no se especifica tanto en el texto que explica la obligación del cumplimiento, sino que en el apartado referente a las *violaciones de las obligaciones*, es decir, es más explícito en el abordaje negativo de tal obligación. Así en el párrafo 52, el *Comentario 14* estipula:

“Las violaciones de las obligaciones de cumplir se producen cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud. Cabe citar entre ellas la no adopción o aplicación de una política nacional de salud con miras a garantizar el derecho a la salud de todos; los gastos insuficientes o la asignación inadecuada de recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud por los particulares o grupos, en particular las personas vulnerables o marginadas; la no vigilancia del ejercicio del derecho a la salud en el plano nacional, por ejemplo mediante la elaboración y aplicación de indicadores y bases de referencia; el hecho de no adoptar medidas para reducir la distribución no equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud; la no adopción de un enfoque de la salud basado en la perspectiva de género; y el hecho de no reducir las tasas de mortalidad infantil y materna.”⁴⁰¹

No obstante, dado que la obligación de *cumplimiento* se objetiva, en su vertiente positiva a través de una serie de acciones concretas entre las que destaca la utilización del máximo de recursos disponibles para *facilitar*, *promover* y *proporcionar*, a través de una serie de medidas concretas y apropiadas en los órdenes *legal*, *administrativo*, *presupuestario* y *judicial*. Así, la forma más directa de verificar el

³⁹⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000) Op. Cit. Párrafo 34.

⁴⁰⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000) Op. Cit. Párrafo 35

⁴⁰¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000) Op. Cit. Párrafo 51

cumplimiento del *Derecho a la Salud*, consiste en hacer una revisión pormenorizada de los *instrumentos de tipo legal, político, administrativo y financiero* que den cuenta de estos avances.

Dicho con otras palabras, no basta con documentos declaratorios a manera de documentos de política, que no guardan un correlato congruente en los órdenes administrativo y presupuestario, que puedan dar cuenta del cumplimiento en la provisión de servicios; por lo menos en las cuatro áreas básicas que menciona el artículo 12 del Comentario 14. Esto incluye, mínimamente, la existencia de *normas, protocolos, procedimientos de atención, guías, sistemas de registro*, así como, *mecanismos de supervisión y control de su cumplimiento*.⁴⁰²

Estos rubros mínimos que son destacados en el artículo # 12 del PIDESC, deben de ser cubiertos en la medida de las posibilidades y empeñando el máximo de recursos para lograr niveles aceptables y progresivos de *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad* en los servicios.

No obstante, la relación entre Derecho a la Salud y Derecho a la Asistencia Sanitaria no es de identidad. Son derechos diferentes. El Derecho a la Salud es una prioridad respecto del derecho a la atención, no es solamente su operacionalización. El derecho a la atención está conectado a la modificación de las variadas formaciones económico-sociales y de actualidad política que la determinan; está sometido a reglas y modalidades fuertemente influenciadas por relaciones de tipo contractual que dependen de la convergencia de intereses de los gremios profesionales, del mercado y sus diferentes industrias; de los grupos políticos y de los ciudadanos.⁴⁰³

Este planteamiento implica que dicho entendimiento del *Derecho a la Salud* puede garantizar socialmente el derecho “ex post” de disfrutar en mayor o menor medida, de aquellos actos terapéuticos, que son una tarea específica y tradicional de la medicina, lo cual tiene un carácter útil, pero no suficiente, de disfrutar de aquellos actos terapéuticos que son deberes específicos y tradicionales de la medicina; pero bajo este entendimiento, se deja por fuera algo que Berlinguer ha catalogado como

⁴⁰² Saleh-Ramírez, A. (2009) Op. cit. pgs. 18-21

⁴⁰³ Alduvín, E. Alegría, A. y Sierra, J. (2009) *Documento de posición del POSAP-UNAH ante el Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud*. Postgrado en Salud Pública-UNAH. Tegucigalpa. P. 17

“*pérdida de intención*”, testimoniada en el hecho de que la única dimensión de las curas que viene siendo discutida es su costo; y poco en su eficacia, menos aún en las concomitantes, previas y posteriores que son necesarias para alcanzar el “*pleno estado de bienestar*” con que se liga el concepto de salud.⁴⁰⁴

Honduras, como suscriptor del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, conocido también como *derechos de segunda generación*, reconoce el derecho de todas las personas, a *disfrutar del más alto nivel de salud posible*, que está plasmado además en el artículo 145 de la *Constitución de la República*, así como en el *Código de Salud*, en los que reconoce el *derecho a la protección de la salud* de los hondureños y hondureñas. El artículo reza así:

“Se reconoce el derecho a la protección de la salud...es deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal de la comunidad...el estado conservara el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas”⁴⁰⁵

Igualmente, el Código de Salud de Honduras, en sus artículos 1, 6, 8, 9 y 10, manifiesta la consideración de la salud como un “...derecho humano inalienable, y le corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación”⁴⁰⁶, así mismo, estipula que el código se aplicará “...en consonancia con los convenios y tratados internacionales que sobre salud sean suscritos por el Estado de Honduras”⁴⁰⁷.

Un análisis somero del marco legal del país en relación con la garantía y seguridad jurídica del Derecho a la Protección de la Salud en Honduras realizado por Altamirano, nos muestra que la visión de la Salud Pública, como campo compartido para la realización de ideales de justicia social, equidad y cumplimiento de derechos,

⁴⁰⁴ Berlinguer, G. (2003) Op. cit.

⁴⁰⁵ República de Honduras. (1982) *Constitución de la República. Decreto # 131 del 11 de Enero de 1982*. Tegucigalpa.

⁴⁰⁶ República de Honduras (1991) *Código de Salud y Reglamento General de Salud Ambiental. Decreto N° 65-91*. Congreso Nacional de la República. Tegucigalpa. Artículo 1

⁴⁰⁷ República de Honduras (1991) Op. cit. Artículo 6

no se ven reflejados en el sistema legal hondureño y, por consiguiente conlleva a una inseguridad en la garantía del derecho a la protección a la salud.⁴⁰⁸

Parte de los elementos analizados que permiten formular la aseveración anterior es que la funcionalidad y competencia del subsistema legal referido a la salud se deriva de un pensamiento predominantemente biomédico del proceso salud-enfermedad, o dicho con otras palabras, la norma jurídica responde al efecto final de los procesos de enfermedad, guiando, por ende, los recursos predominantemente hacia el tratamiento y recuperación de las personas; en vez de hacerlo con una óptica inclusiva de *promoción de la salud* y de abordaje de los *determinantes sociales de la salud*. Esta óptica se refleja en los cuerpos especiales normativos que apoyan actuaciones del Estado en materia de salud.

Por otro lado, en relación con la funcionalidad del sistema, se observa que las políticas de promoción, prevención, conocimientos sobre salud, planificación, normalización y coordinación, se dirigen a grupos específicos, en los que las acciones hacia la educación en materia de derechos fundamentales, derecho a la salud y ciudadanía en una democracia, no se realizan adecuada e inclusivamente.

Los esfuerzos realizados en el país, en ausencia de mecanismos de rendición de cuentas efectivos en materia de cumplimiento o incumplimiento del Derecho a la Salud, evidencian que pueden pasar desapercibidos muchos indicadores sobre el incumplimiento del DAS, a excepción de aquellos que por su notoriedad y persistencia, llegan a visibilizarse y llamar la atención de los entes pertinentes.

En Honduras existe, desde finales del año 1995 el Comisionado Nacional de los Derechos Humanos CONADEH, el cual surge como producto de una serie de transformaciones realizadas en Honduras a inicios de la década de los 90's del s. XX, conocido como proceso de modernización del Estado, que ha conllevado a la evolución y/o fortalecimiento de instituciones públicas o, como en el caso del CONADEH, a su creación, la cual fue producto del Decreto Ejecutivo N° 191-94 del 15 de diciembre de 1994, posteriormente ratificado por Decreto Legislativo N° 2-95 del 7 de febrero de 1995 con la incorporación de la figura del Comisionado Nacional de los

⁴⁰⁸ Altamirano, A. (2003) *La Garantía y Seguridad Jurídica del derecho a la Protección de la Salud en Honduras*. Tesis para optar al grado de Maestro en Salud Pública.UNAH. Tegucigalpa.

Derechos Humanos en el texto constitucional. Su Ley Orgánica fue aprobada mediante Decreto del Congreso Nacional N°. 153-95, entrando en vigencia el 22 de noviembre de 1995.⁴⁰⁹

La polémica sobre los propósitos últimos, de índole política o ideológica han estado presentes en las discusiones nacionales acerca de las transformaciones en las instituciones del aparato estatal; no obstante, en el caso del CONADEH, su creación y puesta en funcionamiento ha sido vista con buenos ojos por la mayoría de la población hondureña, ya que hasta el momento de su creación, no se había tenido en el país una figura similar que pudiera tomar en cuenta y hacer valer los derechos humanos de los ciudadanos, sobre todo, en un momento en que aun estaba cerca la década de los años 80's, en que se atravesó colectivamente por una situación de zozobra y miedo, producto de regímenes dictatoriales de corte militar en el país. Por estas razones, de carácter histórico y político, el CONADEH nace, ya, con una impronta, quizás más orientada hacia la lucha por la vindicación de los Derechos Civiles y Políticos de la ciudadanía, que de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en los cuales se asienta el *Derecho a la Salud*.

Desde el año 2005, y de forma anual, el CONADEH ha venido elaborando informes sobre la situación de los Derechos Humanos en el país, mostrando una tendencia, tanto en sus actividades desarrolladas, como sobre aquellas sobre las cuales rinde informe, en diferentes áreas. La evolución en el énfasis que el CONADEH ha ido dando a los diversos Derechos Humanos en los informes disponibles muestra la siguiente tendencia; en el primer informe de 2005, ante el Honorable Congreso Nacional de la República, el Comisionado Nacional expresó, como temas relevantes:

“...la institucionalidad y los derechos políticos en un año de elecciones generales; la inseguridad pública, su contexto y nuevas formas de la violencia (delincuencia común y organizada, intrafamiliar e interfamiliar, e institucional); la condonación de la deuda externa y la obligada inversión de los fondos condonados en la Estrategia para la Reducción Pobreza (ERP), por demás aún creciente; la corrupción; la autoría, formas y respuestas a las violaciones a los derechos humanos y, finalmente, las perspectivas propias de las esperanzas cumplidas o fallidas de un gobierno que delegó ya sus funciones en un nuevo gobierno, como

⁴⁰⁹ Comisionado Nacional de los Derechos Humanos. *Historia de los Derechos Humanos en Honduras*. <http://www.conadeh.hn/Joomla/index.php/informacion-institucional/20-historia-de-los-derechos-humanos-en-honduras?format=pdf>. Consultado el 15 de agosto de 2011.

corresponde en la transición democrática sostenida en los últimos veinte años del siglo pasado y los primeros cinco del nuevo siglo.”⁴¹⁰

Para el siguiente informe, correspondiente al año 2006, se nota una cierta evolución hacia temas más amplios, muchos de ellos relacionados entre sí pero que, curiosamente, dejan sin mencionar de manera específica el *Derecho a la Salud*, dejando entrever cierta inconsistencia a nivel conceptual. Según consta en el mencionado informe en que se rinde cuentas a la nación, se incluyeron los temas de:

“...seguridad humana, de la seguridad territorial a la seguridad de las personas, seguridad económica, seguridad educativa, seguridad alimentaria y pobreza, seguridad personal: violencia y delincuencia, monitoreo forestal independiente, opinión favorable para el uso de las guías de Educación Sexual, sistema de quejas a nivel nacional, recepción de casos a nivel nacional, conclusión de casos a nivel nacional, participación ciudadana y redes, educación y comunicación, gestión institucional, estructura operacional, recursos humanos, recursos financieros, unidad de informática, programas especiales: a) Derechos Humanos de la Mujer, Niñez y Adolescencia, b) Derechos Humanos de las Personas Viviendo con el VIH/SIDA.”⁴¹¹

Ya para el 2010, año que se presenta el séptimo informe, el CONADEH ha incluido una gama de temas mucho más coherente e inclusiva, dejando siempre el tema de las personas viviendo con VIH como un apartado especial, pero ya mencionando de forma explícita su evaluación sobre el *Derecho a la Salud*. Sobre este particular, el informe del CONADEH 2010 le dedica alrededor de tres páginas, en las cuales destaca:

“En Honduras la situación de salud es deprimente ya que se adolece de equipo, personal y medicamentos para las personas que acuden a los diferentes centros asistenciales que tiene el Estado a través de la Secretaría de Salud ...entre las debilidades de los Hospitales y Centros de Salud a nivel nacional para la garantía de una atención con calidez, calidad y eficiencia a la población, podemos mencionar...falta de una buena atención médica...falta de medicamentos del cuadro básico...falta de calidez humana en la atención médica...falta de equipo, de infraestructura física y del mantenimiento de los hospitales y centros de salud...negación

⁴¹⁰ República de Honduras (2005) *Presentación del Informe del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos ante el Honorable Congreso Nacional sobre el estado general de los Derechos Humanos en Honduras en el año 2005*. CONADEH. Tegucigalpa. p. 1-2.

⁴¹¹ República de Honduras. (2006) *Informe del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos ante el Honorable Congreso Nacional sobre el estado general de los Derechos Humanos en Honduras en el año 2006*. CONADEH. Tegucigalpa. p. 2.

de algunos servicios de salud a los usuarios...cuando el personal médico y de enfermería se encuentran en...huelgas...”⁴¹²

En otro apartado del mencionado informe, se destaca que:

“...una de las labores del CONADEH, además de velar por los derechos de los usuarios de servicios de salud, sigue siendo de contralores de la actividad que se desarrolla en los principales hospitales y centros de salud del país, para que al paciente se le otorgue un trato de calidad y con calidez humana. El derecho a la salud, a pesar de ser un derecho fundamental para garantizar los demás derechos (derecho a la vida, derecho al trabajo, etc) es constantemente violentado por las instituciones estatales responsables de velar por el mismo, al brindar malos tratos a los pacientes, en ciertos lugares los centros de salud se cierran por vacaciones del personal, capacitaciones, no habiendo quien los sustituya.”

En síntesis, el análisis realizado nos recalca que la inadecuada garantía, favorece la inseguridad jurídica en relación con el derecho a la protección de la salud, la cual debiera constituirse en representar una fortaleza por parte del Estado y sus instituciones. La inadecuada aplicabilidad normativa provoca desconfianza en los usuarios que, en consecuencia, se inhiben de exigir el cumplimiento de sus derechos.

Por otro lado, queda de manifiesto que hay dos núcleos fundamentales alrededor de los cuales se está abordando la situación del *Derecho a la Salud*, a saber: 1) la conceptualización extremadamente estrecha sobre la noción y falta de un hilo teórico–metodológico que permita su abordaje de manera integral, tanto en las *determinantes sociales de la salud*, como de la respuesta integral que tome en cuenta la *trans-disciplinariedad* y la *inter-sectorialidad*, y 2) la ausencia, al interior de la *Autoridad Sanitaria Nacional* y otros entes contralores del Estado, de mecanismos de supervisión, monitoreo y evaluación de la respuesta nacional a través de los servicios de salud.

Ante tal situación, que no es privativa solamente del Estado hondureño, han surgido, a nivel mundial, movimientos sociales preocupados por el cumplimiento del *Derecho a la Salud*, que se han dado a la tarea de realizar acciones de movilización, de fortalecimiento académico y social, así como, de generar acciones con impacto que puedan incidir en la forma como son escudriñados los avances sobre el cumplimiento del *Derecho a la Salud* en el mundo.

⁴¹² República de Honduras. (2010) *Informe Anual del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos sobre el estado general de los Derechos Humanos en Honduras y el desempeño de sus funciones. Año 2010*. CONADEH. Tegucigalpa. p. 41-42

Estigma y Discriminación: Entendimiento de los Derechos Humanos en VIH y SIDA

En un evento realizado en México, en 1995, con ocasión de la presentación oficial de la revista *Health an Human Rights*, promovida por Jonathan Mann, a nombre del *Centro para la Salud y los Derechos Humanos François-Xavier Bagnoud*, se afirmó:

“Por las formas de transmisión, por estar ligado a conductas en el ámbito más íntimo de la conducta humana, por haber comenzado afectando a grupos que ya eran discriminados, el SIDA es una enfermedad cargada de estigmas y prejuicios”⁴¹³

En 1963, Erwing Goffman, publicó su clásica obra *Stigma. Notes on the management of the Spoiled Identity*, en la cual se propuso dar un enfoque sociológico al tema del estigma desde una óptica conceptual, separándolo de otros conceptos relacionados. Dedicó la primera parte de su obra a hacer algunas precisiones conceptuales en relación con la “información social”, aquella que el individuo transmite sobre sí mismo.

Después de hacer una exposición sobre los orígenes del término estigma en la cultura griega antigua, Goffman explica, que en la actualidad representa algo negativo sobre alguien y que debe ser evitado por otros, ya que representa una “*identidad deteriorada*”, por oposición a otros considerados “*normales*”. Así, Goffman explica que:

“la sociedad establece los medios para caracterizar a las personas y el complemento de atributos, que se perciben como corrientes y naturales a los miembros de cada una de esas categorías.”⁴¹⁴

En otras palabras, la sociedad establece patrones de normalidad para las personas de la sociedad, en cada lugar y época, y es con respecto a dicho patrón de normalidad que contrasta a las personas y señala -*estigmatiza*- a quienes no pertenecen a dichos patrones de normalidad. La pertenencia a los grupos con características de normalidad, explica Goffman, es lo que conlleva a la “*aceptación*”; en tanto que quienes pertenezcan a categorías diferentes, se convierten en personas

⁴¹³ Sepúlveda, J. y Bronfman, M. (1995) “SIDA y Derechos Humanos”. En: Frenk, M.J., Liguori, A.L. y Sepúlveda, A.J., *Salud y Derechos Humanos*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Mor. p. 56.

⁴¹⁴ Goffman, E. (1993) *Estigma: la identidad deteriorada*. 5 ed. Amorrortu Editores. Bs. As. p. 11

peligrosas, que son vistas como incompletas, sin capacidad de acción y desprovistos de potencialidades propias.

La forma como opera el estigma, no es tanto bajo la forma de atributos fijos, sino de las relaciones que se forman a través del lenguaje en relación a características que pueden ser modificadas en el tiempo; así, Goffman explica:

“El término estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador; pero lo que en la realidad se necesita, es un lenguaje de relaciones, no de atributos. Un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor puede confirmar la normalidad de otro y, por consiguiente, no es ni honroso ni ignominioso en sí mismo”⁴¹⁵

Esto significa que las categorías de los “*normales*” y de los estigmatizados no depende tanto de atributos ya establecidos, como de lo que determinada sociedad haya considerado que es *normal* o *anormal*, deseable o indeseable y, por tanto, condiciona las posibilidades de cambio, en tanto la sociedad modifique los patrones de normalidad que ella misma establece.

Goffman argumenta que la existencia de grupos estigmatizados tiene una funcionalidad en la sociedad, en tanto que permite establecer diferencias y jerarquías que dotan de prestigio, por oposición, a quienes son aceptados. Por el contrario, quienes son estigmatizados, se ven deteriorados en su identidad social, llevándoles a perder la confianza en sí mismos y limitar sus capacidades de acción en la sociedad. El conocimiento de la forma de operatividad del estigma ha sido objeto de estudio para los profesionales de las ciencias sociales, en tanto que explica las formas y mecanismos de exclusión social, que son fuente de sufrimiento para las personas que lo padecen.

Una de las características con las que se ha ligado el estigma en todos los tiempos, es la enfermedad, ya sea por los signos visibles que esta deja en los cuerpos, por las limitaciones que impone a las personas que la padecen, por las posibilidades de contagio que tiene para quienes les rodean, o por las formas de comportamiento diferente que originan en quienes las padecen.

Susan Sontag ha estudiado algunos de los padecimientos más devastadores a nivel personal y social: la tuberculosis, el cáncer y el VIH/SIDA, atribuyéndoles “*el peso*

⁴¹⁵ Goffman, E. (1993) Op. cit. p. 13.

*agobiador de la metáfora*⁴¹⁶ La autora destaca, en su estudio sobre estas patologías, que algunas de ellas representan la deshonra porque implican un juicio moral -como en el caso de la sífilis- de transgresión sexual, ligada a la prostitución; en tanto que otros padecimientos, entrañan juicios psicológicos y morales.⁴¹⁷

Aún antes de la existencia del VIH y SIDA, Sontag ya explicaba, en relación con otras patologías:

“Cualquier enfermedad importante cuyos orígenes sean oscuros y su tratamiento ineficaz tiende a hundirse en significados...La enfermedad misma se vuelve metáfora. Luego, en nombre de ella (es decir, usándola como metáfora) se atribuye ese horror a otras cosas, la enfermedad se adjetiva.”⁴¹⁸

Hablando ya del SIDA, la autora nos señala que el hecho de padecerlo “...es ponerse en evidencia como miembro de algún ‘grupo de riesgo’... La enfermedad hace brotar una identidad que podría haber permanecido oculta...”. Dicha condición en relación con el VIH y SIDA es una expresión de los orígenes de la patología en relación con su ubicación geográfica y los grupos de personas en las que primero se presentó.

Desde la academia también se han realizado estudios relacionados con el estigma y la discriminación dirigida hacia las personas que eran diagnosticadas como VIH positivas; y algunos de ellos abordaron las particularidades específicas que se dan en la vivencia del proceso del VIH y SIDA, tanto desde la etapa previa a la infección, denominándola *etapa en riesgo*; consecutivamente en el momento en que se recibía el diagnóstico, como *VIH positivo*; posteriormente, cómo es vivido el estigma en la fase de *latencia*; y, finalmente, en el momento del desarrollo de las infecciones oportunistas, asociadas al desarrollo del *SIDA* propiamente.

Alonzo, A. y Reynolds, N., encontraron en 1995, que en cada una de esas etapas, la identidad de la persona va sufriendo alteraciones y acomodaciones, vinculadas al grado de apertura o de secretividad que mantiene sobre su padecimiento en las diferentes fases de la misma, lo cual se correlaciona con el nivel y cohesión de

⁴¹⁶ Sontag, S. (2003) *La enfermedad y sus metáforas y el SIDA y sus metáforas*. Taurus. Bs. As. p. 13

⁴¹⁷ Sontag, S. (2003) Op. cit.p.45.

⁴¹⁸ Sontag, S. (2003) Op. cit. p. 61

las personas y grupos de soporte que estén presentes en su entorno.⁴¹⁹ Estas relaciones personales, familiares o de grupos que les permitieron atravesar las diferentes etapas de la infección, así como los sentimientos de estigma y discriminación relacionados con la misma, han servido de base para acciones de apoyo organizadas, sobre todo a través de organizaciones no-gubernamentales.

Otros estudios se han enfocado en tratar de documentar la evolución sobre el grado de estigma y discriminación que genera el tema de VIH y SIDA, así como las PVIH. Las tendencias de dicho fenómeno, fueron estudiadas en los años noventa del siglo pasado en los Estados Unidos, encontrándose que las reacciones abiertas de estigma, declinaron a lo largo de dicha década, con vestigios aún de apoyo hacia medidas extremas de discriminación, como la cuarentena, en niveles bastante bajos hacia el año 1999. Se encontró que aún persistían las creencias erróneas sobre las formas de contagio del VIH a través del contacto casual, así como la creencia de que quienes adquieren VIH lo tienen merecido. Se registró también aproximadamente un tercio de la población con sentimientos negativos y de desagrado contra las PVIH, por lo que los autores concluyen que para finales de siglo, el SIDA seguía siendo estigmatizado.⁴²⁰

Un estudio interesante sobre la dinámica del estigma y discriminación en relación al tema fue realizado por Taylor en el Reino Unido, y muestra las diversas estrategias que pueden utilizar las PVIH para bregar con dicha situación, privilegiando la del activismo político y la utilización del poder como mecanismo para responder ante el estigma.

Varios grupos que han cobrado notoriedad en la lucha, comenzaron con los grupos de homosexuales que reclamaban así sus derechos; y otros grupos como ACT-UP, que han sentado las bases para las reivindicaciones de las PVIH a nivel mundial. La proliferación y éxito de estos grupos, en los cuales las PVIH pueden encontrar una forma de sobrellevar la doble carga de la enfermedad y la estigmatización, ha generado beneficios de distinto tipo, incluyendo el aumento del

⁴¹⁹ Alonzo, A. and Reynolds, N. "Stigma, HIV and ASIDS: an exploration and elaboration of a stigma trajectory" *Soc. Sci. Med.* Vol. 41. N° 3. Pp.303-315. 1995

⁴²⁰ Herek, G.M., Capitanio, J.P., Widaman, K.F. "HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*, 2002, vol 92: 371-377

conocimiento de las PVIH sobre su misma condición, lo cual les permite interactuar con el personal de salud en una relación más horizontal.⁴²¹

Sobre el tema de Derechos Humanos de las PVIH, existen actualmente cientos de Organizaciones No-Gubernamentales liderando el tema a nivel mundial, entre las más importantes se cuenta el International Council of AIDS Service Organizations ICASO y la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA, ICW por sus siglas en inglés; las cuales tienen filiales para la América Latina, el Latin American and the Caribbean Council of AIDS Service Organizations, LACCASO, y la ICW Latina, respectivamente.

El ICASO, fue fundado en 1991, y tienen la misión de movilizar apoyo a diversas organizaciones comunitarias con el propósito de construir una respuesta mundial eficaz ante el VIH y el SIDA, especialmente en lo que concierne a liberarse del estigma y la discriminación, para que tengan acceso a la prevención, el tratamiento y el cuidado que requieren. Las estrategias de ICASO, se enmarcan en sus lineamientos y directrices estratégicas, los cuales comprenden: 1) fortalecimiento de la capacidad comunitaria para la abogacía; 2) abogar para la efectiva implementación de servicios de acceso universal a servicios integrales en VIH/SIDA; 3) movilizar y fortalecer las alianzas y redes comunitarias; y 4) desarrollar una organización reticular más fuerte y efectiva.⁴²²

El énfasis de muchas de sus publicaciones ha sido en el sentido de diseminar los principios clave sobre Derechos Humanos y VIH/SIDA, de los cuales, el principio de no discriminación es central para el pensamiento y las prácticas de Derechos Humanos, ya que el hecho de rectificar las desigualdades, incluyendo las de salud, y proteger a las personas contra la discriminación, han demostrado ser determinantes para prevenir y controlar la diseminación del VIH y SIDA.⁴²³

Los esfuerzos desde los espacios académicos, así como las movilizaciones sociales, a través de grupos de la sociedad civil organizada, tuvieron sus frutos, ya que

⁴²¹ Taylor, B. "HIV, stigma and health: integration of theoretical concepts and the lived experiences of individuals" 2001 Blackwell Science Ltd, *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 792-798.

⁴²² <http://www.icaso.org/about.html>. Consultada el 5 de marzo de 2010.

⁴²³ Gruskin, S., Tomasevsky, K. y Hendriks, A., "Human Rights and Responses to HIV/AIDS" In: Mann, J. and Tarantola, D. Eds. (1996) Op. cit. p. 327-328.

a través del Alto Comisionado de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, se ha realizado tres Consultas Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos, que han sido organizadas, la primera en 1989, por el entonces Centro de Derechos Humanos, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud OMS, en la que se propuso la elaboración de directrices que ayudaran a los Estados Miembros a formular políticas que permitieran cumplir la normativa internacional en materia de Derechos Humanos, tanto para su elaboración en materia jurídica, como en asuntos políticos y administrativos.⁴²⁴

En la Segunda Conferencia, realizada en 1996 entre el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA ONUSIDA y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, se elaboraron las doce directrices que vendrían a orientar el tema a nivel mundial en los Estados Partes:

1) Compromiso de los Estados para establecer un marco efectivo de respuesta en todas las ramas del gobierno; 2) la formulación de políticas nacionales en consulta con la población; 3) reformas en la legislación sanitaria para una respuesta adecuada, incluyendo la protección contra la discriminación; 4) reforma en la legislación de los sistemas penitenciarios para cumplir con las obligaciones internacionales de Derechos Humanos; 5) promulgación de leyes que combatan la discriminación a grupos vulnerables, personas con VIH/SIDA y discapacitados; 6) adopción de medidas para proveer servicios suficientes de prevención y atención de casos VIH y la medicación inocua y eficaz a precios accesibles; 7) servicios de asesoría jurídica; 8) fomentar un entorno protector y habilitante para mujeres, niñez y otros grupos vulnerables; 9) diseño de programas educativos contra el VIH; 10) establecimiento de códigos de conducta sobre cuestiones de VIH/SIDA; 11) instituciones de vigilancia y aplicación de los Derechos Humanos; 12) intercambio con las agencias del Sistema de las Naciones Unidas de conocimientos y experiencias.⁴²⁵

La disponibilidad de medicamentos antirretrovirales ARV en 1996, supuso una revolución en la forma de abordaje de la situación del VIH y de la respuesta que los

424 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (2007) *El VIH/SIDA y los derechos humanos. Directrices internacionales Versión consolidada de 2006*. ONUSIDA. Ginebra. p. 1-2.

425 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2003) Op.cit. p. 10-12.

Estados devenían obligados a brindar; en concreto, respecto de la situación de la exigencia de los Derechos Humanos ha tenido y sigue teniendo implicaciones directas, sobre todo por poner al descubierto una realidad de los países más pobres: la situación de la pobre atención sanitaria dispensada a la población, incluyendo el suministro de medicamentos esenciales. Curiosamente, dicha situación, secular, que había pasado bastante inadvertida como violación del Derecho a la Salud de millones de personas alrededor del mundo, vino a cobrar notoriedad al surgir la posibilidad del tratamiento antirretroviral.

La Organización de las Naciones Unidas, ha emitido, en este siglo, tres políticas fundamentales sobre el tema: primero, la Declaración del Milenio (2000) que incluye la meta 6-A, para el año 2015, "...haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA..."⁴²⁶.

En segundo lugar la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, UNGASS, aprobada por los Estados Miembros el día 27 de junio de 2001, que bajo el título de "Crisis mundial-Acción mundial", se comprometieron a promover acciones en aspectos sobre:

"... liderazgo, prevención, atención, apoyo y tratamiento, Derechos Humanos, reducción de vulnerabilidad, niñez huérfana, mitigación de efectos sociales y económicos, investigación y desarrollo, asignación de recursos y seguimiento a las acciones emprendidas."⁴²⁷

En materia de Derechos Humanos, la *Declaración* establece:

"La realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos es indispensable para reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA. El respeto de los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA impulsa una acción eficaz"⁴²⁸

La tercera es la *Declaración Política sobre el VIH/SIDA* (2006), la que se adoptó al cierre de la reunión de los Estados Partes de la ONU y que prescribe un mandato para ayudar a movilizar la respuesta mundial, en lo que concierne al:

⁴²⁶ Organización de las Naciones Unidas (2000) *Declaración del Milenio 55/2*. Resolución aprobada por la Asamblea General. 8 de septiembre de 2000. Nueva York.

⁴²⁷ Organización de las Naciones Unidas. (2001) *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA* (2001) Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. 25-27 de junio de 2001. Nueva York.

⁴²⁸ Organización de las Naciones Unidas. (2001) Op. cit.

“...avance hacia el acceso universal en la prevención, atención, tratamiento y apoyo del VIH; reafirma la Declaración de Compromiso UNGASS de 2001; y la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que se refiere a frenar y comenzar a revertir la diseminación del SIDA hacia el 2015.”⁴²⁹

Otras políticas adoptadas por agencias del *Sistema de las Naciones Unidas*, relacionadas con el tema de VIH/SIDA incluyen a la *Declaración Ministerial* adoptada en la ciudad de Doha, Qatar en 2001, a instancias de la *Organización Mundial del Comercio OMC* sobre aspectos relacionados con derechos de la propiedad intelectual (TRIPS, por sus siglas en inglés), la cual concierne a aspectos sobre servicios y, comercio, sobre todo, para el tema que nos ocupa, los aspectos relacionados con *medicamentos*.

Se discutió particularmente la situación de los países menos desarrollados que necesitan hacer uso de medicamentos especiales para el tratamiento del VIH y SIDA, estableciendo algunas recomendaciones especiales sobre fortalecimiento y transferencia de tecnología local a través de la cooperación internacional.⁴³⁰ Igual propósito tuvo la *Resolución 2002/32* del *Alto Comisionado de los Derechos Humanos* sobre *Acceso a Medicamentos en el Contexto de Pandemias como el VIH/SIDA*, adoptada en el año 2002, la cual, tomando en consideración y apoyando las resoluciones emanadas de la *Declaración de Doha*, hizo un llamado a los Estados Partes para:

“...facilitar donde sea posible, el acceso a tecnologías médicas o farmacéuticas esenciales de tipo preventivo, curativo o paliativo para tratar la pandemia del VIH/SIDA y las más comunes infecciones oportunistas...”⁴³¹

Como nos señala el documento de ONUSIDA “Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos”, publicado en 2006:

⁴²⁹ Organización de las Naciones Unidas (2006) *Declaración política sobre el VIH/SIDA # 60/262*. Aprobada en la 87ª. Sesión plenaria. 2 de junio de 2006. Nueva York.

⁴³⁰ World Trade Organization (2001) *Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health* Adopted on 14 November 2001. Ministerial Conference. Fourth Session 9-14 November 2001. Doha.

⁴³¹ Office of the High Commissioner for Human Rights (2002) *Access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS*. Commission on Human Rights Resolution 2002/32. Adopted on 22 April 2002. Geneva.

“En 2001, la Comisión de Derechos Humanos adoptó una resolución en la que se afirmaba que el derecho al más alto nivel posible de salud incluía el acceso a la terapia antirretrovírica para el VIH.”⁴³²

A consecuencia de dicha resolución, ACNUDH y el ONUSIDA promueven la *Tercera Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos* que tuvo como propósito revisar la *Sexta Directriz*, que versa sobre la prevención, atención y medicación a PVIH para que reflejara adecuadamente los asuntos relacionados con *Derechos Humanos*. Se hace notar que durante la última década, el papel de los *Derechos Humanos* en la respuesta a la epidemia y en el tratamiento de sus efectos se ha vuelto más claro, debido a que el contenido del *Derecho a la Salud* se ha definido para incluir de forma explícita la “...disponibilidad de, y accesibilidad a, prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para los niños y adultos.”⁴³³

En su versión de 2002, la *Sexta Directriz Internacional* reza:

“Los Estados deberían adoptar medidas de políticas que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención, adecuada información para la prevención y atención de los casos de VIH y medicación inocua y eficaz a precios asequibles...suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA, incluidos la terapia antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades conexas...tanto en los niveles nacionales como internacionales, prestando especial atención a las personas y poblaciones vulnerables.”⁴³⁴

Estos avances en materia jurídica, provenientes de los tratados internacionales y acogidos por los Estados Partes a través de su reordenamiento jurídico y administrativo, han tenido como una de sus consecuencias más importantes, el reconocimiento de que la población tiene derecho al tratamiento del VIH como parte de sus derechos humanos, lo que ha generado una serie de procesos de exigencia y litigios, tanto en los ámbitos nacionales como regionales.

⁴³² Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (2007) Op. cit.p. 4.

⁴³³ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (2007) Op. cit.p. 6.

⁴³⁴ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (2002) *El VIH/SIDA y los derechos humanos. Directrices internacionales*. ONUSIDA. Ginebra. p. 14.

En Honduras, el abordaje de la situación de los Derechos Humanos de las PVIH se evidenció, desde el inicio de la epidemia, como algo complejo, que ameritaba un abordaje especial, habida cuenta de las limitaciones que el Estado hondureño ha tenido en materia del cumplimiento del *Derecho a la Salud* de la población, a pesar de lo estipulado en la *Constitución de la República* y el *Código de Salud*, sobre todo en lo concerniente a provisión de medicamentos.

Las acciones realizadas desde el Estado a través de sus instituciones pueden dividirse entre, aquellas adoptadas antes de la emisión de políticas, y las que se realizaron después. El parte-aguas se da en el año 1999, antes del cual, las respuestas se caracterizaron por los esfuerzos encaminados a la caracterización de la infección por VIH en términos epidemiológicos –*tiempo, espacio y persona*–;⁴³⁵ así como en el tratamiento de las infecciones oportunistas a los pacientes VIH positivos que acudían a las unidades de salud.

A partir de 1999 se comienza a generar un medianamente articulado movimiento de personas viviendo con VIH quienes, de manera organizada participan, conjuntamente con organizaciones de la sociedad civil, en la elaboración y presentación, para su discusión por el *Honorable Congreso Nacional de la República*, de la *Ley Especial de VIH/SIDA*. Paralelamente, en ese año, se da la aprobación del primer aporte monetario por parte del Estado, para la compra de medicamentos antirretrovirales para las PVIH. La *Ley Especial* fue aprobada el 9 de septiembre de 1999, estableciendo su propósito en el Artículo 1, para la:

“... protección y promoción integral de la salud de las personas, mediante la adopción de las medidas necesarias conducentes a la prevención, investigación, control y tratamiento del virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como la educación e información de la población en general.”⁴³⁶

La mencionada ley, en su Artículo 2, declara la lucha contra el VIH y SIDA, “...*de interés nacional*”.⁴³⁷ Dicho interés no se manifestaría mucho en la práctica, ya que hubieron de transcurrir cuatro años, para que se emitiera el correspondiente

⁴³⁵ Sierra, M. “Epidemiología de VIH/SIDA en Honduras. Situación actual y perspectivas”. En: Izazola, J.A. Ed. (1988) *Situación epidemiológica y económica del SIDA en América Latina y el Caribe*. SIDALAC/Fundación Mexicana para la Salud. México.

⁴³⁶ República de Honduras. (1999) Op. cit.

⁴³⁷ República de Honduras. (1999) Op. cit.

Reglamento de la Ley, en el mes de marzo de 2003, pese a que en sus *Disposiciones Transitorias y Finales*, se estipuló un plazo de dos meses para el sometimiento del reglamento a consideración del Poder Ejecutivo.⁴³⁸

La Ley estipula también en su Artículo 7, la creación de la Comisión Nacional del SIDA CONASIDA, "...como órgano superior, gestor y de coordinación interinstitucional; y como ente interdisciplinario de formulación de políticas generales en materia de VIH/SIDA."⁴³⁹ De igual manera como sucedió con la dilación en la elaboración del reglamento de la Ley Especial, la puesta en marcha de la CONASIDA fue reiteradamente aplazada; y su nivel de operatividad ha tardado años, aún no logrando alcanzar hoy día un ritmo de desempeño según lo estipulado en la Ley.

Hasta 2003, en un estudio realizado en Honduras en base a fuentes secundarias sobre la situación de los Derechos Humanos y VIH/SIDA, desde una aproximación jurisprudencial, Fernández da cuenta de algunos procesos en el ámbito mundial y centroamericano que han comenzado a abrir la brecha en el tema de la *justiciabilidad del Derecho a la Salud*.

Con los cambios que los Estados se comprometieron a realizar, a raíz de una serie de Convenios y Tratados, así como de Declaraciones en las instancias internacionales de las que los países, incluyendo a Honduras, se han comprometido, las adecuaciones en materia jurídica y normativa no se han sucedido con la celeridad esperada, por lo que, en varios países de la región latinoamericana, se realizaron demandas de parte de personas viviendo con VIH que requerían de tratamiento antirretroviral, ante las instancias nacionales correspondientes, argumentando para ello la obligatoriedad del Estado para la preservación del Derecho a la Vida; demandas que, al no encontrar una respuesta satisfactoria, fueron elevadas a otras instancias judiciales de carácter regional. Es así que para el año 2002, la *Comisión Interamericana de Derechos Humanos* y la *Corte Interamericana de Derechos Humanos* han reconocido "...de forma generalizada la concesión de medidas

⁴³⁸ República de Honduras. (2003) *Reglamento de la Ley Especial de VIH/SIDA*. Secretaría de Salud. Tegucigalpa.

⁴³⁹ República de Honduras (1999) Op.Cit.

cautelares y provisionales a favor del suministro del tratamiento ‘antiretroviral’ por los estados a favor de las personas afectadas por el VIH/SIDA”⁴⁴⁰

A pesar de que se han seguido procesando demandas, teniendo como antecedente el dictamen anterior, la realidad es que, diferentes organizaciones no gubernamentales trabajando en el tema de Derechos Humanos y VIH/SIDA, entre las que se cuentan LACCASO, Agua Buena y otras que han acompañado técnica y financieramente a personas y grupos afectados, presentaron un informe ante la *Comisión Interamericana de Derechos Humanos*, en el que se solicitaba, entre otras cosas, el nombramiento de un relator que tuviera la responsabilidad y la capacidad de “...monitorear la situación de las personas que viven con VIH/SIDA...[y dar]...seguimiento a nivel nacional de las medidas cautelares dictadas por el Sistema Interamericano.”⁴⁴¹

De manera general, el mencionado estudio apunta a que hay una serie de posibles restricciones y limitaciones a los Derechos Humanos, sobre todo de las PVIH, debido, principalmente a “*conceptos jurídicos indeterminados*”, entre los cuales, destaca el ya mencionado *Derecho a la Vida*, el *Derecho a la No Discriminación*, *Derecho a la Privacidad*, *Derecho a la libre Circulación de las Personas*, *Derecho a la Educación*, *Derecho a Contraer Matrimonio y Fundar una Familia*, así como el *Derecho a la Información, Expresión y Asociación*.

De la revisión que el autor realiza sobre los derechos antes mencionados y sus posibles restricciones, vale la pena resaltar, para efectos de este trabajo, además del *Derecho a la Salud*, el *Derecho a la Privacidad* y el *Derecho a la Información, Expresión y Asociación*. Respecto del segundo, Fernández sostiene que, a pesar de que el *Derecho a la Privacidad* procura proteger a las personas de la estigmatización de la sociedad, se torna contraproducente, toda vez que fomenta la situación de clandestinidad en que viven las PVIH.

Al respecto, y citando una resolución dictada por la Corte Suprema de Justicia venezolana, explica que, si bien, en un principio, el anonimato de la condición de

⁴⁴⁰ Fernández, M.M., (2003) *Los derechos humanos y el VIH/SIDA: una aproximación jurisprudencial. Colección Desarrollo Humano Sostenible # 18*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. Tegucigalpa. p. 10.

⁴⁴¹ Fernández, M.M., (2003) Op. cit. p. 11.

seropositividad por VIH, resguardaba la privacidad de las personas infectadas, la persistencia en dicha práctica deja de tener sentido, toda vez que en la actualidad se trata de una enfermedad, si bien de riesgo, pero también crónica, como cualquier otra, y por tanto, hará más bien a la larga a efectos de la *no discriminación*; que la sociedad llegue a desarrollar una conciencia social sobre el VIH/SIDA, con todo lo que ello implica para el normal desarrollo de la vida, sin aislarse ni apartarse de sus actividades cotidianas, ocultar sus padecimientos o tener sentimientos de culpabilidad sin que haya razón para ello.⁴⁴²

Para finalizar, el informe destaca que la política de ocultamiento y marginalidad de la epidemia, mal amparada alrededor del *Derecho a la Privacidad*, no abona para la exigencia de que los gobiernos orienten sus presupuestos de manera más decisiva hacia una respuesta integral de las instituciones del Estado, sobre todo tomando en consideración el hecho contundente de que más del 90% de la población que se ha visto afectada, procede de países aquejados profundamente por la pobreza y la falta de desarrollo, incluyendo la educación.⁴⁴³

Vulnerabilidad: la condición transdisciplinar e intersectorial del VIH y SIDA

Al cabo de una década de la epidemia y de las muchas acciones de respuesta que globalmente habían ido surgiendo ante el problema mundial, sobre todo en África, había varias enseñanzas ya en relación con la naturaleza y dinámica de la epidemia, que la mente visionaria y comprometida de Jonathan Mann, junto con otros colegas, pusieron a disposición de la comunidad científica y toda la población a través de su obra pionera *AIDS in the World*, publicada en 1992, a la cual siguió su segunda versión, publicada en 1996. Como se ha explicado ya antes, la evolución por las diferentes fases de la infección por VIH/SIDA se evidenció claramente distinta en sociedades en las cuales se tenía acceso a condiciones de vida saludables y servicios de salud satisfactorios, o si se trataba de sociedades con características de subsistencia y servicios de salud deficientes o inexistentes.

⁴⁴² Fernández, M.M., (2003) Op. cit. p. 19.

⁴⁴³ Fernández, M.M., (2003) Op. cit. 25.

En este proceso de aprendizaje de los primeros años, las experiencias tenidas en África a través de las estimaciones de tendencias para el año 1995, a partir de los datos de 1992, mostraba una tasa acumulada de infecciones para la región subsahariana, del 77.22% del total mundial⁴⁴⁴, mostrando claramente que, con el paso del tiempo, el impacto del VIH/SIDA sobre individuos, familias y comunidades tendía a ser devastador en las sociedades más carenciadas, como África.⁴⁴⁵

Estas experiencias permitieron definir un tétrico panorama sobre el impacto de la epidemia que, en palabras de Armstrong, J. colaboradora para el tema de *Impacto Demográfico, Económico y Social del SIDA* en la obra mencionada obra:

“...se ha vuelto cada vez más evidente que esta pandemia tendrá profundas implicaciones económicas y sociales tanto para los países desarrollados como para los que están en desarrollo [debido a que] La importancia para la salud como insumo para el desarrollo económico y el crecimiento de un país está bien establecida...Los impactos severos de la pandemia de VIH/SIDA minarán los progresos en los niveles de salud y, a su vez, reducirán el potencial para el crecimiento económico. El SIDA es distinto de otras enfermedades y se espera que su impacto sea bastante severo...en sectores enteros de la economía y las sociedades.”⁴⁴⁶

Para la segunda edición de su obra, en 1996, Mann y Tarantola habían llegado a identificar múltiples situaciones y patrones de vulnerabilidad relacionados con la infección por VIH, entre las que destacaban, una mayor especificidad sobre el estado de la epidemia en diversas latitudes, extendiendo el análisis, de 38 países, al mundo entero, mostrando una gran fragmentación en las formas cómo se comporta la epidemia. Mostraban también, estudios que demostraban una mayor especificidad sobre aspectos biológicos relacionados con los mecanismos de infección, propios de las mujeres, la diversidad de los así llamados, “*grupos vulnerables*”, destacando, quizás más que otros enfoques institucionales, la necesidad de incrementar nuestra percepción y conciencia de vulnerabilidad, que pueda servir como parámetro para los esfuerzos preventivos.⁴⁴⁷

⁴⁴⁴ Mann, J.M., Tarantola, D. and Netter, T. Eds. (1992) *AIDS in the World*. Harvard University Press. Cambridge MA. pag. 103.

⁴⁴⁵ Mann, J.M., Tarantola, D. and Netter, T. Eds. (1992) Op. cit. p. 197.

⁴⁴⁶ Mann, J.M., Tarantola, D. and Netter, T. Eds. (1992) p. 195-197

⁴⁴⁷ Mann, J.M. y Tarantola, D. (Eds.) (1996) *AIDS in the World II*. Oxford University Press. New York.

Uno de los aspectos en los cuales el segundo volumen es particularmente explicativo, tanto en los aspectos que condicionan la epidemia, como en la presentación de aspectos a considerar como respuesta ante la misma, es el tema de las *relaciones de género*, como elemento mediador para la diseminación de la epidemia, sobre todo en aquellos países en los cuales, por razones culturales, las decisiones respecto del ejercicio de la sexualidad, son menos equitativas entre hombres y mujeres, y el impacto que esto a su vez tiene en la juventud. Ahondaba también en conocimiento de tipo conductual entre otras poblaciones “vulnerables”, como los *Hombres que tienen Sexo con Hombres, HSH* y los *Usuarios de Drogas Intravenosas IDU*—por sus siglas en inglés.⁴⁴⁸

El texto además es específico en mostrar algunas acciones de tipo preventivo, básicas, que debieran estarse poniendo en marcha para frenar la propagación de la infección, por parte de las instituciones de gobierno responsables del sector salud; específicamente el control del comercio y donación de sangre y sus derivados, situaciones que fueron de las primeras en ponerse en marcha en Honduras.

Ya en 1992, Mann y Tarantola presentaban el término de *vulnerabilidad*, como *Vulnerabilidad Global*⁴⁴⁹, de alguna forma haciéndose eco de las tendencias que sobre el concepto se venían manejando en el tema de cambio climático y desastres naturales. Para 1996, discutiendo sobre la complejidad del VIH y SIDA, Mann y Tarantola se refieren al tema de la *vulnerabilidad*, como la serie de elementos de contexto que condicionan socialmente la aparición y variaciones de los niveles de infección por VIH; así como los mecanismos que las sociedades y los gobiernos tendrían que considerar para generar una respuesta comprometida y responsable, teniendo en cuenta los obstáculos que se presenten.⁴⁵⁰

Más adelante, en esa misma edición, el tema de *vulnerabilidad* es directamente vinculado con el de *recursos humanos*, debido a las fuertes implicaciones que tiene el cumplimiento o incumplimiento de los mismos en la determinación de la *vulnerabilidad*, de los “*grupos vulnerables*”, y su repercusión en los niveles alcanzados por la infección por VIH en los mismos, al afirmar:

⁴⁴⁸ Mann, J.M. y Tarantola, D. (Eds.) (1996) Op. cit.

⁴⁴⁹ Mann, J.M., Tarantola, D. and Netter, T. Eds. (1992) Op. cit. p. 575.

⁴⁵⁰ Mann, J.M., Tarantola, D. Eds. (1996) Op. cit. pp. 444-461

“El futuro de la prevención y el control del VIH/SIDA dependerá de nuestra habilidad para entender al nivel más profundo posible, la naturaleza individual y colectiva del VIH. Los análisis modernos sobre derechos humanos proporcionan un marco conceptual, consensos acerca de la dirección del cambio necesario y un vocabulario consistente necesario para abordar y analizar las condiciones sociales subyacentes que condicionan fuertemente la vulnerabilidad al VIH.” ⁴⁵¹

Se reconoce que existen problemas de salud que, al estar directamente vinculados con la conducta individual de las personas, su condicionamiento, no obstante, viene dado por otras fuerzas que operan más allá del control individual de las mismas. Estas fuerzas son de diversa índole: *política, económica, cultural, social*, y son las que, en última instancia, son capaces de promover o de dañar la salud de las personas, por tanto deben de ser de preocupación de la Salud Pública. No obstante, en la práctica, esa aparente convergencia raramente se experimenta, según Mann y Tarantola, por cuatro razones básicas que confluyen:

“...falta de un marco conceptual coherente que describa y analice la naturaleza de los factores sociales...falta de un consenso acerca de las formas en que los factores sociales deberían cambiar para promover y proteger la salud...falta de un consistente y accesible vocabulario para hablar de esos factores sociales...falta de un enfoque práctico, adaptable a diferentes escenarios y circunstancias, que pueda ser recomendable.” ⁴⁵²

En el ámbito latinoamericano, muchos de los países más adelantados de la región, como son México, Brasil y Argentina, entre los más destacados, habían venido teniendo contacto con algunas de las agencias, tanto gubernamentales como cooperantes y el sector académico de varios países, que les permitieron acceder a los conocimientos y tecnología de vanguardia en el tema del estudio y respuesta ante la epidemia del VIH y SIDA. Uno de los frutos de dichas relaciones fue el establecimiento en 1996, a petición del Banco Mundial, de la *Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe, SIDALAC*, concebida con el propósito de “...incidir en esa región en la movilización de esfuerzos en contra de las epidemias del SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual.” ⁴⁵³

⁴⁵¹ Mann, J.M. y Tarantola, D. (Eds.) (1996) Op. cit. p. 463.

⁴⁵² Mann, J.M. y Tarantola, D. (Eds.) (1996) Op. cit. p. 466

⁴⁵³ <http://www.funsalud.org.mx/centrodeopinion/sidalac.htm>. Consultada el 23 de agosto de 2011.

Para 1998, SIDALAC, en coordinación con ONUSIDA y con una organización no-gubernamental mexicana, la *Fundación Mexicana para la Salud*, editan un texto en el que se recogen las aportaciones de una veintena de profesionales latinoamericanos, colaborando con sus conocimientos y experiencias en diversas disciplinas, para mostrar el panorama regional del SIDA desde una óptica multidisciplinaria, al tiempo que se incluyeron algunos de las principales contribuciones científicas emanadas de la recientemente celebrada *XII Conferencia Internacional sobre SIDA*, realizada en Ginebra, Suiza. En este contexto, se incluyó en el volumen el interesante artículo del académico peruano Carlos Cáceres, titulado “*Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*”, en el cual explica la particularidad del VIH/SIDA en el campo de la *Salud Pública*, como la pandemia que ha representado una “...movilización mundial sin precedentes por la variedad y cantidad de agentes involucrados”⁴⁵⁴

De manera concreta, define la *vulnerabilidad frente al SIDA*, como:

“...aquella fracción de los factores de riesgo para infección por VIH y para progresión de la enfermedad que es casi inmodificable por parte del sujeto, en tanto tautológicamente deriva de la condición de la vulnerabilidad social de una persona en tanto integrante de un grupo vulnerable.”⁴⁵⁵

La *vulnerabilidad*, como se ve en la cita anterior, ha venido a ser el término sustitutivo de *riesgo*, sobre todo en la jerga epidemiológica, en la cual dicho concepto es uno de sus pilares. La discusión sobre la interesante transformación del concepto de *riesgo* al de *vulnerabilidad* en el tema de VIH/SIDA, y sobre todo de su correlato, “*grupos de riesgo*”, al de “*grupos vulnerables*”, sin variar mucho, más allá del nombre, ha sido una de las transformaciones semánticas más interesantes a lo largo de las aproximaciones sobre la respuesta ante la pandemia que nos ocupa.

Más allá de esa discusión, merece profundizar en la conceptualización de *vulnerabilidad social*, entendida como condiciones de *exclusión social* dadas por la pobreza, la educación limitada, las dificultades de insertarse en el mercado laboral, la opresión sexual por razones de género; o por preferencias y costumbres sexuales

⁴⁵⁴ Cáceres, C. “Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe”. En: Izazola, J.A. (Ed.) (1999) *El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria*. Fundación Mexicana para la Salud, A.C. México. P. 217.

⁴⁵⁵ Cáceres, C. “Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe”. En: Izazola, J.A. (Ed.) (1999) Op. cit. p. 222

teñidas de estigma, tales como el comercio sexual o el travestismo; todo lo cual ha llegado a ser definido como una “...‘violencia estructural’ que determina la vulnerabilidad social de ciertos grupos y personas.”⁴⁵⁶

Los llamados *contextos de vulnerabilidad*, que actúan como caldo de cultivo para la infección por VIH, se constituyen no solamente por los factores estructurales y sociales, sino que también operan en consonancia con otros aspectos de naturaleza cultural, como el *conservadurismo religioso*, que ha jugado un papel importante en la determinación de las posibilidades de realizar acciones de prevención, tanto a nivel de la población general, pero específicamente de la población adolescente, la más necesitada de educación para un ejercicio sano de su sexualidad.⁴⁵⁷

La naturaleza compleja que hace a la aparición y sostenimiento de la infección por VIH, sea a nivel personal o como sociedad, la convierte en una situación o condición de naturaleza *interdisciplinaria* e *intersectorial* en las posibilidades de respuesta que ha hecho que, tanto desde los espacios académicos, de las agencias internacionales o los gobiernos nacionales, se definan estrategias, que procuren hilvanar e incorporar diferentes grados de respuesta en múltiples espacios y niveles, como lo planteara el Director Ejecutivo del *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA*, ONUSIDA, Dr. Peter Piot, en una conferencia inaugural de curso dictada en 2005 en la *London School of Economics*, en donde afirmó:

“Esta pandemia es excepcional porque no se vislumbra un punto estacionario, por la gravedad y duración de su impacto, y por los problemas especiales que plantea para una acción pública eficaz...En el caso del SIDA nos enfrentamos no solamente con un problema crónico o “silente”, sino también con una situación difícil en que los obstáculos para impulsar una acción eficaz resultan extraordinariamente amplificados por el tabú, la negación y el prejuicio.”⁴⁵⁸

Esta negación y prejuicio en relación con el tema de la sexualidad es la que, sobre todo en el contexto latinoamericano, ha hecho mayores estragos para la realización de los derechos en materia de sexualidad; los llamados *Derechos Sexuales*

⁴⁵⁶ Liguori, A.L. “Ciencias Sociales”. En: Izazola, J.A. (Ed.) (2000) *XIII Conferencia Internacional de SIDA. Lecciones para América Latina y el Caribe*. Fundación Mexicana para la Salud. México. p.

⁴⁵⁷ Cáceres, C. (2006) *La prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D.C. p. 5.

⁴⁵⁸ Piot, P. “Por qué el SIDA es un problema excepcional?” (2005) Discurso pronunciado en la Escuela de Economía de Londres el 8 de Febrero de 2005. ONUSIDA.

y *Reproductivos*, que aparecen en la trama de las estrategias y planes de trabajo de las agencias de cooperación internacional a mediados de la década de los noventa, después de la realización de la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* realizada en El Cairo en 1994; y la *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* en Beijing, en 1995, donde se comienzan a utilizar los conceptos de *Derechos Reproductivos*, ligados al ejercicio de la sexualidad.⁴⁵⁹

Desde entonces, se reconoce que la *sexualidad*, y los *derechos reproductivos*, son construcciones sociales que varían significativamente, dependiendo de la época y de la cultura de que se trate, y por tanto, la garantía para su promoción y defensa es sumamente variable en función de costumbres y tradiciones, pero en las que son una constante las *relaciones de poder* que se dan entre las personas, en función de su sexo y de las condiciones de contexto en las que se desenvuelve el ejercicio de su sexualidad.

Latinoamérica, desde la aparición del fenómeno del VIH y SIDA, ha demostrado ser un territorio en el cual el tema de la sexualidad se desenvuelve en la esfera pública política con tintes de confrontación entre conocidos grupos de tendencias liberales y progresistas, por un lado, y organizaciones con tendencias ideológicas conservadoras, por el otro; en medio de los cuales, con frecuencia, el Estado se ha visto paralizado en tomar acciones que por obligación le corresponden, ante el temor de perder el equilibrio de las simpatías electorales que estos grupos y sus seguidores representan.

Aggleton, P. en un interesante ensayo alrededor de las conexiones existentes entre la salud sexual y el desarrollo económico, nos recuerda que:

“La violencia sexual contra las mujeres, los crímenes de odio contra los travestis y gays, las altas tasas de embarazo en adolescentes, la propagación de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA –todo ello subraya el precio económico y social que estamos pagando por ignorar el papel esencial que juega la sexualidad en el bienestar humano y económico.”⁴⁶⁰

⁴⁵⁹ Fondo de las Naciones Unidas para la Población y el Desarrollo (1994) *Resumen del programa de acción de la Cuarta Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo*. UNFPA. Washington, D.C.

⁴⁶⁰ Aggleton, P. “Conexiones íntimas: la salud sexual y el desarrollo económico” En: Cáceres, C., Frasca, T., Pecheny, M. y Terto, J.V., (Eds.) (2004) Op. cit. p. 337.

Para poder contrarrestar este alto precio, Aggleton propone que las acciones desde el Estado, deben ser de naturaleza multisectorial y que deben de inscribirse en cuatro aspectos fundamentales: el *contexto* en el cual se desarrolla el ejercicio de la sexualidad; la *vulnerabilidad por razones de género*, que implica relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, y que tiene una repercusión directa en el ejercicio de la sexualidad de unos y otras, en términos de edad y condiciones de inicio, frecuencia y consecuencias del ejercicio de la sexualidad; el grado de *educación sexual* que se tenga en relación a los mecanismos anatómo-fisiológicos que envuelven al ejercicio de la sexualidad, lo cual debería incluir también aspectos de tipo afectivo-emocional, como ser el amor, el deseo, el dolor y el placer; y por último, los *significados*, variables y determinantes que tiene el ejercicio de la sexualidad, ya sea por razones de género o por costumbres culturales.

Todo lo anterior tiene que ser considerado en el tipo de atención y respuesta que el Estado debe dar al tema de sexualidad, considerando también, la necesidad de “*acabar con la cultura del silencio y la desinformación*”, la imperiosa necesidad de respetar el “*derecho a una completa información y acceso a los servicios*”; y las acciones de apoyo al desarrollo que conlleven a superar la tendencia de las poblaciones más necesitadas, sobre todo de mujeres, de recurrir al “*sexo como mercancía*.”⁴⁶¹

El concepto de *vulnerabilidad*, como se ha discutido hasta ahora, se ha referido básicamente una serie de carencias, de naturaleza múltiple que, actúan de manera potenciada en el individuo, causándole un daño que sería, en el tema que nos ocupa, la infección por VIH y el SIDA. Existe, no obstante, otra interpretación del concepto de *vulnerabilidad*, como la sugerida por Stalsett, quien ha desarrollado un planteamiento en el que la *vulnerabilidad*, aparte de considerarse como una multiplicidad de carencias, también debe ser considerada como constituyente, en primer lugar, de la condición humana, y también como un *valor ético* a potenciar, junto a la *dignidad* y la *justicia*.⁴⁶²

⁴⁶¹ Aggleton, P. “Conexiones íntimas: la salud sexual y el desarrollo económico” En: Cáceres, C., Frasca, T., Pecheny, M. y Terto, J.V., (Eds.) (2004) Op. cit. p. 342-345.

⁴⁶² Stålsett, S. (2006) “Ethical Dimensions Of Vulnerability And Struggles For Social Inclusion In Latin America”. Paper prepared for the Inter-American Initiative on Social Capital, Ethics and Development presented in Washington on February 24th 2006, at the *IDB Ethics and*

La exclusión en el tema de VIH y SIDA ha estado dirigida hacia las personas denominadas como *grupos vulnerables* o hacia las propias *Personas Viviendo con VIH*, considerándolos de manera bastante *focalizada*; pero se ha fallado en las formas de concientización de la *vulnerabilidad global*, es decir, generalizada, que tenemos todos y todas ante tal fenómeno; por tanto, las *condiciones de posibilidad* para lograr una conciencia crítica sobre nuestra propia *vulnerabilidad* ante dicha situación de *amenaza global*, siguen siendo muy débiles.

Stålsett promueve también la utilización del concepto de *vulnerabilidad* con una significancia positiva, más de tipo político; es decir, capaz de empoderar a las personas a través de su propia concientización sobre su condición y de la lucha por concientizar a los demás sobre amenazas y vulnerabilidades compartidas. Esta otra dimensión del concepto de vulnerabilidad, la convierte en un *valor ético*, debido a que nuestra propia *percepción de vulnerabilidad*, nos permite ser conscientes, de las demandas de vulnerabilidad en otras personas, convirtiéndose en el fundamento de la *solidaridad* y de la *responsabilidad ética*, desde cualquier ámbito en el que se desempeñe una persona, sea institucional o personal.⁴⁶³

Las consideraciones realizadas sobre la óptica y dinámica de la *vulnerabilidad*, como condición estructuradora y de respuesta podrían permitir, así, prever tipos de intervenciones mucho más *integrales* sobre el tema de VIH y SIDA, basados en la ética, la co-responsabilidad y la solidaridad.

CAPÍTULO V. DISCURSOS INSTITUCIONALES Y
ESTRATEGIAS: EJERCICIO DE LA AUTORIDAD Y
APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

CAPÍTULO V. DISCURSOS INSTITUCIONALES Y ESTRATEGIAS: EJERCICIO DE LA AUTORIDAD Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

El presente capítulo consta de dos secciones, la primera, llamada *Principales agentes en la respuesta* y la segunda sección, denominada *Principales iniciativas de la respuesta*; cada una de ellas consta de cinco apartados, para facilitar su análisis. En la primera sección se revisarán los *agentes* que participan en la respuesta nacional, haciendo énfasis en aspectos relacionados con *el mandato político* que guía su accionar; en la segunda sección, se prestará atención a los *aspectos conceptuales* que han guiado, el surgimiento y sostenimiento de las iniciativas que se implementan.

Los apartados de la primera sección, *Principales agentes en la respuesta* son: el primero, *las Instituciones Gubernamentales Nacionales*; el segundo apartado se denomina *las Organizaciones No Gubernamentales Nacionales*; el tercero, *las Organizaciones No Gubernamentales Internacionales*; el cuarto, *las Agencias de Cooperación Bilateral*; y el quinto apartado, *las Agencias de Cooperación Multilateral*, que incluyen a las agencias del Sistema de las Naciones Unidas. Se hace énfasis en cada apartado, sobre la información de sus mandatos oficiales, relaciones establecidas, así como de sus principales influencias y logros.

La segunda sección, *Principales iniciativas de la respuesta*, consta también de cinco apartados, el primer apartado está dedicado a las *Políticas*, tanto internacionales, como nacionales; el segundo apartado, analiza las *Estrategias*, sobre todo aquellas internacionales, las cuales Honduras ha ratificado, para su adopción en el ámbito nacional; en el tercero, se revisan los *Planes de la Respuesta Nacional*; un cuarto apartado, da cuenta de los principales *Proyectos de la Cooperación Externa*; por último, se analizan, principalmente, los *Informes de avance Nacionales* que ha presentado el Gobierno de Honduras en la última década, así como los específicos en el tema de *Derechos Humanos*.

Principales agentes en la respuesta

El fenómeno del VIH y SIDA ha sido, como se ha dicho anteriormente, *excepcional*, tanto por las consecuencias derivadas de su aparición y expansión, como por el tipo de reacciones que ha suscitado la conformación de una respuesta ágil, oportuna y eficiente, en términos científicos y políticos. Esta demanda, aunada a los cambios sociales que se han vivido desde hace un par de décadas, alrededor del acrecentamiento del fenómeno conocido como *globalización*, ha influido para el concurso de una serie de agentes de diferente naturaleza, importantes todos, en la conformación de la respuesta, tanto a nivel mundial, como nacional. Con propósitos ilustrativos sobre su importancia, misión, acciones y trascendencia en la respuesta, se han agrupado en los cinco apartados ya descritos.

a) Las *Instituciones Gubernamentales Nacionales*

Se presenta en este apartado a aquellas instituciones, que tienen carácter gubernamental, con ámbito de operación e injerencia nacional, siendo parte del *Poder Ejecutivo*, o entes descentralizados, concretamente la *Secretaría de Salud*, y el *Comisionado Nacional de los Derechos Humanos CONADEH*. Se incluye también en este apartado la *Comisión Nacional del SIDA CONASIDA*, que por ley se encarga de dictar y coordinar la política pública en VIH y SIDA en el país, a pesar de que en su composición también alberga actores no gubernamentales; así como el denominado *Mecanismo Coordinador de País MCP*.

Secretaría de Salud

Creado en 1956 como Ministerio de Salud, en la actualidad se denomina *Secretaría de Salud*, y tiene como misión:

“...formular, diseñar, controlar, dar seguimiento y evaluar las políticas, normas, planes y programas nacionales de salud; ejercer la rectoría del Sector; orientar los recursos del Sistema Nacional de Salud; así como promover, conducir y regular la construcción de entornos saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, el desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y salud, la generación de inteligencia en salud, la atención a las necesidades y demandas de salud,

la garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios de interés sanitario y la intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud.”⁴⁶⁴

La estructura de la Secretaría de Salud, incluye al *Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA*, creado en 2,000, el cual, a pesar de estar inserto estructuralmente en la *Dirección General de Promoción de la Salud*; ésta a su vez pertenece, paradójicamente, a la *Subsecretaría de Riesgos Poblacionales*, por lo que, funcionalmente, opera bajo la lógica de los restantes programas, diseñados para bregar con un tipo de patología y/o población específica; es decir, bajo un enfoque *vertical*, de *riesgo*, y *medicalizado*, de atención al daño:

“Promoción de la Salud es la instancia responsable de: promover todas las acciones y recursos para prevenir las enfermedades y la propagación de plagas nocivas a la salud humana, realizar campañas educativas y de normar los procesos en materia de prevención en las jefaturas departamentales. Para ello cuenta con 20 programas y proyectos responsables de realizar el trabajo operativo a nivel nacional”⁴⁶⁵

Es de hacer notar que otros de los programas que pertenecen a la Dirección Nacional de Promoción de la Salud son, el Departamento de Atención Integral de la Familia, del que dependen, a su vez, el Programa Nacional de Atención Integral de la Mujer PNAIM, Programa Nacional de Atención Integral de la Niñez PNAIN, Programa de Atención Integral de la Adolescencia PAIM, y el Programa Nacional de Atención Integral del Hombre PNAIH. Esta excesiva separación, en la que, no obstante, todos los programas se denominan integrales, está al margen de los conceptos y estrategias de la Salud Sexual y Reproductiva, discutidos y aprobados en la Resolución y Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo⁴⁶⁶ de El Cairo y refuerza el abordaje fragmentado hacia la población.

A pesar de que, dentro de la estructura de la Secretaría de Salud, existe la Dirección General de Vigilancia de la Salud, que tiene como misión:

“Dirigir y conducir proactivamente la función esencial e indelegable de Vigilancia de la Salud a nivel nacional; mediante el análisis de la información, la generación del conocimiento y la articulación de actores responsables del desarrollo de la salud; para garantizar la toma de

⁴⁶⁴ <http://www.salud.gob.hn/misionvisionvalores.html>. Consultada el 13 de septiembre de 2011.

⁴⁶⁵ Secretaría de Salud Honduras (2011) Dirección General de Promoción de la Salud. <http://www.salud.gob.hn> Consultada el 13 de septiembre de 2011.

⁴⁶⁶ Organización de las Naciones Unidas (1994) *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994.

decisiones oportunas y apoyar la ejecución de acciones de impacto en la prevención y control de daños y en el fomento de estilos y condiciones de vida saludables.⁴⁶⁷,

...el levantamiento de información, definición de acciones de investigación y procesos de mejoramiento de los sistemas de notificación y vigilancia epidemiológica, son conducidos desde el Departamento de ITS/VIH/SIDA, incluyendo los procesos de fortalecimiento de los recursos humanos y de adquisición de tecnología, lo cual es gestionado, por lo regular, a través de proyectos de la cooperación externa.

Es importante mencionar también que, dentro de la estructura de la Secretaría de Salud existe la *Dirección General de Regulación Sanitaria*, dependiente de la Subsecretaría de Riesgos Poblacionales; no obstante, varias, de las normativas existentes en relación con el abordaje del VIH y SIDA, surgen directamente del programa respectivo.

Las unidades de salud de la Secretaría de Salud, están estructuradas por niveles de atención, desde un primer nivel a nivel rural, llamado *Centro de Salud Rural CESAR*, con atención a cargo de una *auxiliar de enfermería*; un segundo nivel de atención, denominado *Centro de Salud con Médico CESAMO*; el surgimiento en fecha reciente de las *Clínicas Periféricas de Emergencias CLIPER*, que funcionan en la capital, creadas con el propósito de descongestionar el flujo de pacientes al principal hospital nacional, *Hospital Escuela*. Estas unidades dependen de las *Direcciones Sanitarias Departamentales y Metropolitanas*. Existen en los niveles 3 y 4, de la estructura de atención, 28 hospitales distribuidos en el territorio nacional. Todas estas unidades de salud, dependen organizacionalmente de la Dirección General de Sistemas y Servicios de Salud, que a su vez depende de la Subsecretaría de Redes de Servicio.⁴⁶⁸

Los *Centros de Atención Integral CAI*, que atienden a las PVIH no aparecen en la estructura de la Secretaría de Salud de manera específica, debido a que el financiamiento de su construcción y operación ha procedido de la cooperación extranjera y, a pesar de que dicho financiamiento está por concluir, las estructuras siguen funcionando de manera paralela. Supuestamente, al estar insertos físicamente, ya sea en un CESAMO o en un Hospital, tendrían que tener algún tipo de línea

⁴⁶⁷ http://www.salud.gob.hn/dgvs_Mision.html Consultada el 13 de septiembre de 2011.

⁴⁶⁸ República de Honduras. *Diario Oficial La Gaceta*. 23 de enero de 2006

jerárquica con los directores de dichas unidades de salud; sin embargo en la práctica, funcionan como entes separados y colaterales.

Los CAI son, como su nombre lo dice, *centros de atención* que fueron creados en el año 2003 para agilizar la provisión de medicamentos antirretrovirales a las PVIH, bajo una concepción de *atención integral*⁴⁶⁹; iniciativa y concepto que serán ampliados en la sección *Iniciativas*, de este capítulo, bajo el apartado *Proyectos de la Cooperación Extranjera*. En la actualidad funcionan 35 CAI a nivel nacional, cuyo financiamiento y administración son aportados por el *Fondo Global*, bajo el *Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la promoción y protección de la salud en VIH*, que administra, desde 2009 *CHF Internacional (Cooperative Housing Foundation)* como *Receptor Principal* del financiamiento proporcionado.

Comisionado Nacional de los Derechos Humanos CONADEH

El Comisionado Nacional de los Derechos Humanos CONADEH, fue creado en el año 1995, bajo el mandato de:

“...garantizar los derechos y libertades reconocidos en la Constitución, los Tratados, Pactos, Convenciones y Protocolos Facultativos ratificados por el Estado de Honduras⁴⁷⁰

El CONADEH anualmente presenta un informe sobre el estado de los Derechos Humanos en Honduras, sobre los cuales se ha discutido ya en un capítulo anterior. También ha trabajado en el campo de VIH y SIDA a través de proyectos y programas, financiados a través del proyecto de *Fondo Global*, y ha realizado estudios específicos en el área de *Calidad de Atención Integral en Salud en las Personas Afectadas y Viviendo con VIH/SIDA desde una Perspectiva de Derechos Humanos*, tanto en 2003, como en 2005, los cuales se comentarán en la sección *Iniciativas* de este mismo capítulo.

Comisión Nacional de SIDA CONASIDA

⁴⁶⁹ República de Honduras (2005) *2005 Final report on UNGASS commitments, Honduras*. Tegucigalpa. p. 12.

⁴⁷⁰ República de Honduras (1995) Decreto Número 153-95. “Ley Orgánica del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos”. *La Gaceta* # 27811, 24 de Octubre de 1995. Tegucigalpa. Art. 1.

Según la Ley Especial de VIH/SIDA de Honduras, en su artículos # 7 la Comisión Nacional del SIDA CONASIDA, se constituye en el "...órgano superior, gestor y de coordinación interinstitucional; y como ente interdisciplinario de formulación de políticas generales en materia de VIH/SIDA."⁴⁷¹

Esa misma Ley, en su artículo # 8, establece que los integrantes de la CONASIDA son las instituciones gubernamentales siguientes: *Secretaría de Salud, Secretaría de Educación, Secretaría de Trabajo, Secretaría de Seguridad; Consejo de Educación Superior, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Dirección de Sanidad Militar, Consejo Nacional de la Sangre, Asociación de Municipios de Honduras AMHON, Colegio Médico de Honduras, Consejo Hondureño de la Empresa Privada COHEP, Iglesia Católica, Asociación de Iglesias Evangélicas CONSODE, Red de Organizaciones No-Gubernamentales de Lucha contra el SIDA, y un representante de las PVIH, a propuesta de las ONG's.*⁴⁷²

De las instituciones mencionadas en la Ley, muy pocas de ellas realizan una labor directamente relacionada con la respuesta nacional ante el VIH y SIDA de manera sistemática y sostenida. Las excepciones son, obviamente, la *Secretaría de Salud*, que cumple un rol fundamental en la respuesta, de manera directa, pero cuyo papel, como *Autoridad Sanitaria Nacional* y como encargado de liderar la CONASIDA, como ente articulador multisectorial, ha estado plagado de debilidades e inconsistencias en el cumplimiento de su mandato.

Las acciones del resto de las instituciones que conforman la CONASIDA han sido, en la mayoría de ellas, limitada a la asistencia a las convocatorias para reuniones puntuales, con las excepciones de la Secretaría de Seguridad, con la que han desarrollado proyectos con cierto nivel de continuidad, y del Consejo Nacional de Sangre. La participación del resto de las instituciones ha sido inconsistente y errática, sin asumir una responsabilidad de trabajo continuado en el trabajo, desde sus respectivos ámbitos institucionales y sectoriales.

Las debilidades de la CONSIDA estuvieron presentes desde su origen. A pesar de haber sido decretada su creación en 1999, hubieron de transcurrir dos años, para

⁴⁷¹ República de Honduras. (1999) Op. Cit.

⁴⁷² República de Honduras. (1999) Op. Cit.

su instalación en 2001; y para el año 2003, no se había aún elaborado el reglamento interno que facilitara su funcionamiento.⁴⁷³

A partir del año 2003, y dependiendo del nivel de importancia que le ha atribuido el titular de turno de la Autoridad Sanitaria Nacional, Secretaría de Salud, quien por ley la preside y convoca, la CONASIDA ha tenido momentos en que ha luchado por ejercer su papel regulador en materia de VIH y SIDA; no obstante, el apoyo que significó la *Estrategia de los Tres Unos*, lanzada por ONUSIDA en 2005⁴⁷⁴, le vino a dar un segundo impulso, que se trató de mantener al calor de la convocatoria para la elaboración del III PENSIDA en 2007.⁴⁷⁵

No obstante las limitaciones establecidas, bajo su responsabilidad son presentados en las instancias mundiales correspondientes, los planes estratégicos, PENSIDA, II PENSIDA y III PENSIDA, así como los *Informes de avance*, presentados a nombre del Estado de Honduras, en los años 2003, 2005, 2008 y 2010, debido a que, al realizarlo de esa forma, se cubre la formalidad de su *liderazgo* en el país.

La situación errática de la CONASIDA es un caso de lucha por la *Gobernabilidad* a que se hacía alusión en un capítulo anterior, sobre las *Implicaciones de la Globalización en la Gobernanza*, producto de la tensión originada por la coexistencia con el *Mecanismo Coordinador de País MCP*, del Fondo Global, el cual es presentado a continuación.

Mecanismo Coordinador de País MCP

El *Mecanismo Coordinador de País del Fondo Global MCP* es un ente articulado y multisectorial, que se constituyó en 2002 como respuesta a una solicitud del *Fondo Global para la Lucha contra la Tuberculosis, SIDA y Malaria*, para que el país pudiera concursar para la aprobación de la propuesta de Honduras, de solicitud de fondos para contribuir en la reducción de la incidencia del VIH/SIDA, Malaria y Tuberculosis. Por las razones antes apuntadas de falta de reglamento de la CONASIDA y por la necesidad de disponer de una personería jurídica, el MCP se

⁴⁷³ Fernández, J. "La epidemia de VIH/SIDA en Honduras: Discriminación, estigmatización y derechos humanos". *Rev Med Hond* 2003; 71:35-41.

⁴⁷⁴ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2005) Op. cit.

⁴⁷⁵ Programa Mundial contra el VIH/SIDA . (2009) *Planeación orientada a resultados: El caso de Honduras*. Banco Mundial. Washington, D.C.

constituyó como una *fundación*, debido a que, en su momento, no existía en el país, una legislación en relación a las *asociaciones público-privadas*.

La estructura del MCP es de una *Asamblea* y un *Secretariado Técnico*. La *Asamblea* la componen tres sectores: *sociedad civil*, *sector gubernamental* y *cooperación internacional*. Por el sector de sociedad civil participan representantes de *mujeres trabajadoras sexuales*; *población travesti, transgénero y transexual*; *población garífuna*; *juventud*; y un representante por *Tuberculosis*. Por el *Sector Gubernamental* participan la *Secretaría de Salud*, el *Despacho Presidencial* y el *Despacho de la Primera Dama*; por el sector de la *cooperación internacional*, la representación ha acostumbrado a ser rotatoria, entre representantes de *agencias de cooperación bilaterales y multilaterales*, como *OPS*, *ONUSIDA*, *USAID*, *ACDI*, *ASDI*, y otras.⁴⁷⁶

Las funciones de la Asamblea del MCP son:

“Establecimiento de políticas y estrategias para la ejecución del programa financiado por el Fondo Mundial en Honduras, asegurando la participación de todos los sectores que la integran; Coordinar la elaboración de la propuesta de país, velando por el uso adecuado y transparente de los recursos asignados; Selección del Recipiente Principal de los recursos del proyecto, de conformidad con los procesos de licitación y contratación correspondientes; y monitoreo periódico de los avances programáticos de las actividades financiadas por el Fondo Mundial.”⁴⁷⁷

El *Secretariado Técnico*, a su vez, tiene las funciones de apoyo técnico y operativo a la *asamblea* para la preparación y negociación de las propuestas ante el *Fondo Global*; así como apoyo...

“...para garantizar la efectiva ejecución programática con un uso racional, eficiente y transparente de los recursos correspondientes. Verifica y asegura que el Receptor Principal ejecute las propuestas de país de acuerdo a los requerimientos programáticos y financieros establecidos; buscando que se logren los resultados e impacto esperados en el tiempo, condiciones y con la calidad deseada en los grupos de población beneficiaria.”⁴⁷⁸

Debido a este mandato, el secretariado técnico ha sido un ente dinámico y bastante directivo que jugó un rol político importante en los momentos en que fungió

⁴⁷⁶ Barletta, H. (2007) *Memoria Anual de Labores 2007. MCP-Honduras*. Mecanismo Coordinador de País. Honduras. Tegucigalpa. p. 1.

⁴⁷⁷ Barletta, H. (2007) Op. cit. p. 1.

⁴⁷⁸ Barletta, H. (2007) Op. cit. p. 2.

como *recipiente principal* el PNUD. El modo de gestión del *secretariado técnico* ha sido cuestionado por algunos participantes del sector de *sociedad civil* debido a las dificultades que suelen darse en los procesos participativos en que existe desbalance de poder entre sus participantes; y entre estos y los sectores que representan.

Tomando en consideración esto último, y aunado a la escasa experiencia en el país en materia de coordinación intersectorial y participación ciudadana en procesos de construcción de políticas públicas, así como con el escaso desarrollo técnico de muchos de los participantes y muchas veces al franco conflicto de intereses de los miembros, es comprensible el escenario de desbalance de poder que ha venido constituyendo este foro de discusión en materia de toma de decisiones en el tema de VIH y SIDA en el país, como se ha discutido ya en el apartado sobre las *Implicaciones de la Globalización en la Gobernanza*.

b) Las Organizaciones No Gubernamentales Nacionales

El sector de *organizaciones no-gubernamentales* tiene una larga tradición de trabajo en desarrollo y en el tema de salud en Honduras desde hace varias décadas; sin embargo ha tenido un incremento en la afluencia de fondos de la cooperación externa, a partir de la elaboración del *Plan de Reconstrucción y Transformación Nacional* que elaboró el país, con apoyo de agencias de cooperación externa en 1999, posterior a la ocurrencia del huracán Mitch en el país, en 1998. Por razones de espacio, se detallan únicamente algunas de las principales ONGs trabajando en VIH y SIDA en Honduras.

Foro Nacional de SIDA FOROSIDA

La organización no-gubernamental con más presencia en tema de VIH y SIDA en Honduras es el *Foro Nacional de SIDA FOROSIDA*. El Foro Nacional de VIH/SIDA surge en diciembre de 2,001, pero su fecha oficial de lanzamiento fue el 19 de marzo de 2,002, bajo el auspicio del PNUD, conjuntamente por el entonces Presidente de la República, Sr. Ricardo Maduro y el Secretario General de las Naciones Unidas, Sr. Kofi Annan, teniendo como propósito el promover y asegurar una amplia participación multisectorial en apoyo a la respuesta nacional en VIH y SIDA, y de fortalecimiento de

la Comisión Nacional del SIDA CONASIDA.⁴⁷⁹ En el año 2004 comenzó su proceso de autonomía del *Sistema de Agencias de Naciones Unidas*.

Según su Plan Estratégico 2007-2011, su objetivo general lo definieron como:

“Contribuir a la disminución del impacto del VIH/SIDA en los ámbitos socio-económico y político-cultural al fortalecerse la respuesta nacional integral ampliada, la promoción del bienestar y la salud, las relaciones con equidad de género y la activa participación de las miembras y miembros de la sociedad civil.”⁴⁸⁰

Las líneas estratégicas definidas para el período mencionado son tres: “Promoción del Bienestar y la Salud, Incidencia política desde la perspectiva de género, y Fortalecimiento institucional”⁴⁸¹

El Foro Nacional de SIDA se constituyó, desde su creación, en un actor de primera línea en la respuesta nacional ante el VIH/SIDA, debido a su decidido apoyo para el fortalecimiento de la respuesta desde el sector de la sociedad civil, con énfasis en la promoción y defensa de los Derechos Humanos.

Centro de Investigación y Protección de los Derechos Humanos CIPRODEH

La organización no-gubernamental, trabajando en el tema de Derechos Humanos, más prestigiosa de Honduras es el *Centro de Investigación y Protección de los Derechos Humanos CIPRODEH*, la cual fue fundada en 1989 y fue reconocida su personería jurídica en 1991. Los objetivos estratégicos de CIPRODEH se orientan a la:

“...facilitación de procesos de participación ciudadana y fomento del diálogo sobre el tema de Derechos Humanos entre las instituciones del Estado y los diferentes sectores de la sociedad; la potenciación del conocimiento y capacidad de acción para el cumplimiento de los Derechos Económicos Sociales y Culturales DESC; la definición y aplicación de políticas públicas inclusivas que garanticen el cumplimiento de los Derechos Humanos; y la promoción de la investigación sobre el tema en el país.”⁴⁸²

⁴⁷⁹ Alduvín, E. (2002) *Informe de Consultoría para el Diseño del programa sobre VIH/SIDA del DFID en Honduras*. Department for International Development. DFID. Tegucigalpa.

⁴⁸⁰ Foro Nacional de SIDA. (2007) *Plan Estratégico 2007-2011*. Foro Nacional de SIDA. Tegucigalpa.

⁴⁸¹ Foro Nacional de SIDA. (2007) Op. cit.

⁴⁸² http://www.ciprodeh.org.hn/objetivos_estrategicos.htm Consultada el 5 de septiembre de 2011

Como parte del desarrollo de su agenda en el tema de los DESC, CIPRODEH ha realizado trabajos en el tema en relación con el fortalecimiento del liderazgo e incidencia política para grupos de PVIH y de la diversidad sexual.

Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH y SIDA de Honduras
ASONAPVSIDAH

La *Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH y SIDA de Honduras, ASONAPVSIDAH*, es la principal asociación en su género en el país. Nace en el año 2000,⁴⁸³ a raíz de la necesidad, evidenciada en el primer Congreso Centroamericano de ITS/VIH/SIDA I CONCASIDA, realizado a finales de 1999, en San Pedro Sula, Honduras, al constatarse que en Honduras se carecía de una estructura organizacional que articulara las voces de las múltiples necesidades de las PVIH.

Sus raíces fueron los *grupos de auto-apoyo* para PVIH que ya existían en el país. Se compone de una Asamblea General y una Junta Directiva, electa cada dos años, la cual está integrada por una coordinación, secretaría, sub-secretaría sub-coordinación, tesorería, fiscalía y cinco vocalías. Su sede ha sido siempre la ciudad de San Pedro Sula, situación ésta que, de alguna manera ha afectado las posibilidades de operatividad a nivel de las instituciones y organizaciones que funcionan en la capital del país. En la actualidad su *Misión* se define así:

“Fomentar una mejor calidad de vida de las personas con VIH y SIDA en Honduras a través de la defensa de los Derechos Humanos e incidencia política, vigilancia de la atención integral, desarrollando acciones para la prevención primaria y secundaria, control de la adherencia y tratamiento médico, la educación y la formación para su empoderamiento y desarrollo de sus capacidades.”⁴⁸⁴

Durante los primeros años de existencia, la asociación recibió el apoyo de múltiples agencias de cooperación, fortaleciéndose en su interior; no obstante, también ha tenido altibajos de índole organizacional, provocados muchas veces por pugnas surgidas alrededor de las oportunidades que se presentan a través de los puestos de representación de las PVIH en los entes de deliberación, nacionales e internacionales.

⁴⁸³ Flores, E. (2005) *Diagnóstico de capacidades y necesidades de fortalecimiento institucional de grupos vulnerables frente al VIH/SIDA; organizaciones gay/lésbicas y personas que viven con VIH/SIDA*. CIPRODEH/GTZ. Tegucigalpa. p. 19.

⁴⁸⁴ Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA ASONAPVSIDAH (2009) *IX Asamblea Nacional*. Puerto Cortés, Honduras.

Estos aspectos serán objeto de un análisis más profundo en los capítulos subsiguientes.

Fundación Llanto Valor y Esfuerzo LLAVES

La *Fundación Llanto, Valor y Esfuerzo, LLAVES*, es una organización sin fines de lucro, creada en 1999, como iniciativa de personas viviendo con VIH para dar respuesta a la problemática del VIH. Esta fundación ha sido pionera en Honduras en relación a generar espacios de divulgación, a través de publicaciones periódicas, como el "*Boletín Informativo Grupos de Auto-apoyo*", y la *Revista Informativa LLAVES*, distribuida gratuitamente a PVIH, prestadores de salud, tomadores de decisión y medios de comunicación. Ha propiciado también la apertura de espacios de diálogo y apoyo a las PVIH, con el propósito de promover el auto-cuidado en general; y de apoyar en los procesos de adherencia al tratamiento antirretroviral, de forma particular.

La misión de la *Fundación Llaves* está definida como:

"Brindar por medio de una comunicación efectiva información a las personas viviendo con VIH-SIDA, con el fin de mejorar su condición de vida. Diseminar información a la comunidad en general para minimizar la exclusión y el estigma en lo referente al VIH-SIDA y hacia las personas viviendo con VIH-SIDA. Concientizar al Estado de su deber de proporcionar una mejor condición de vida a las personas viviendo con VIH-SIDA"⁴⁸⁵

En tanto que su visión es:

"Personas Viviendo con VIH-SIDA empoderadas por medio de la información en cuanto a sus cuidados y la defensa de sus derechos humanos. Una comunidad sensibilizada y solidaria. Un gobierno respetuoso y cumplidor de los derechos humanos de las Personas Viviendo con VIH-SIDA."⁴⁸⁶

La *Fundación Llaves* ha participado con buen suceso en varios proyectos financiados por el *Fondo Global* y, como organización, es uno de los actores que ha logrado mantener su presencia en el tema de la respuesta comunitaria ante el VIH/SIDA a lo largo de la última década.

c) Las Organizaciones No Gubernamentales Internacionales

⁴⁸⁵ <http://www.cybercentro.org/funllaves/> Consultada el 25 de marzo de 2010

⁴⁸⁶ <http://www.cybercentro.org/funllaves/> Op. cit.

La tradición del trabajo de las ONGs internacionales en Honduras se remonta a varias décadas, sobre todo en el trabajo relacionado con desarrollo integral y salud. En el tema de VIH y SIDA también son numerosas las que han aportado y siguen haciéndolo; sin embargo, se destacan aquí solamente algunas de las más relevantes para el tema, es decir, aquellas mayormente vinculadas a los *Derechos Humanos*.

Desde el surgimiento de la pandemia, y a lo largo de su evolución, han nacido y se han consolidado una serie de organizaciones que se han dedicado a acompañar a las PVIH, propiciar su liderazgo y fortalecer la respuesta; algunas de ellas han surgido en los Estados Unidos de América, así como en varios países europeos, muchas de las cuales han crecido y generado filiales en varios países de América Latina. Entre las organizaciones de mayor renombre, que han tenido presencia en Honduras figuran las siguientes.

Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones No Gubernamentales con Servicio en VIH/SIDA LACCASO

Una de las organizaciones internacionales sobre Derechos Humanos que ha tenido mayor presencia en Honduras es el *Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones No Gubernamentales con Servicio en VIH/SIDA LACCASO*, organización no gubernamental internacional, cuya misión es:

“Enfrentar la epidemia del VIH/SIDA en Latinoamérica y el Caribe, promoviendo y defendiendo los Derechos Humanos, mediante la coordinación, la integración y la capacitación de la sociedad civil organizada, a fin de fortalecer respuestas comunitarias-multisectoriales, articuladas y efectivas”⁴⁸⁷.

Se desprende de la misión de LACCASO el fomento de las oportunidades para participar en todos los aspectos de atención integral, prevención, investigación, así como la formulación de políticas públicas en el tema. En el caso de Honduras, algunas de las actividades más importantes han sido en capacitación sobre el tema de VIH y SIDA, y de Derechos Humanos a las PVIH.

Médicos Sin Fronteras MSF

⁴⁸⁷ <http://www.laccaso.org/> Consultada el 3 de mayo de 2010.

El nivel de respuesta que Honduras ha podido brindar a las PVIH en materia de tratamiento, tanto con medicamentos antirretrovirales ARV, como de las infecciones oportunistas IO, ha podido llevarse a cabo, antes del 2003, fecha en que el Estado hondureño por primera vez aporta dinero para la adquisición de antirretrovirales, en gran medida gracias al aporte, técnico y financiero de organizaciones como *Médicos sin Fronteras*, que han venido trabajando en algunas zonas del país por espacio de varios años, proporcionando estas contribuciones.

Médicos sin Fronteras se autodefine como una:

“...organización médico-humanitaria de carácter internacional que aporta su ayuda a poblaciones en situación precaria...sin discriminación por raza, religión o ideología política...”⁴⁸⁸

MSF funciona desde 1971, y nace como producto de la conciencia de que la acción humanitaria debe adaptarse a los nuevos tiempos; ha venido trabajando en Honduras desde 1998, como otras organizaciones similares, posterior a la ocurrencia del Huracán Mitch, en varias áreas, destacando la que se refiere al tema, en el que ha venido siendo, desde 2002, tanto proveedor de servicios como observador de la situación de los derechos de las PVIH en el contexto de la pandemia en el país.

Red Centroamericana de Personas Viviendo con VIH REDCA+

La *Red Centroamericana de Personas Viviendo con VIH REDCA+* se autodefine como una:

“...estructura regional conformada por personas con VIH/SIDA y respaldada por organizaciones de y para personas con VIH/SIDA de la región centroamericana.”⁴⁸⁹

La evolución de *REDCA+*, fundada en 2001, les ha permitido lograr en el año 2007, el reconocimiento de la *Comisión de Ministros de Salud de Centroamérica COMISCA*, lo cual les confiere un aval político importante para el cumplimiento de su misión, en la cual se manifiesta su dedicación hacia la “...incidencia, bienestar, empoderamiento y defensa de los Derechos Humanos de las personas afectadas por la epidemia en la región”. *REDCA+* ha cumplido un importante papel en la apertura de espacios de incidencia política en la región centroamericana, que le ha permitido

⁴⁸⁸ <http://www.msf.es/conocenos/identidad/index.asp> Consultada el 4 de mayo de 2010

⁴⁸⁹ <http://www.redca.org/index.php?Sid=28&Ids=13> Consultada el 7 de mayo de 2010

viabilizar estrategias de abordaje conjunto por parte de los ministerios de salud de la región, tendientes a mejorar la calidad de la respuesta de manera complementaria; así como la búsqueda de apoyos de carácter técnico y político, que han redituado en beneficio de la población VIH positiva de la región, en lo que concierne al acceso a la atención integral y a la reducción del *estigma y discriminación*.

Asociación Agua Buena

La *Asociación Agua Buena* es una organización no gubernamental que se define como Asociación Pro-defensa de los Derechos Humanos. Fundada en 1997, fue creada para brindar una respuesta, desde el ámbito de la sociedad civil, a la problemática de acceso a medicamentos antirretrovirales para las personas viviendo con VIH en Centroamérica. En sus inicios, comenzó operando en San José de Costa Rica, y paulatinamente se fue extendiendo hacia los otros países de la subregión: Panamá, El Salvador, Nicaragua, Guatemala y Honduras. La misión de *Agua Buena* incluye también el respeto a los derechos de las minorías sexuales en Centroamérica; así como también la abogacía política para resaltar el tema en las agendas de los tomadores de decisiones en la sub-región.⁴⁹⁰

Agua Buena ha desempeñado un importante rol en la promoción, apoyo y seguimiento de demandas ante la Corte Centroamericana de Justicia en lo referente a demandas de PVIH para la obtención de medicamentos antirretrovirales, durante los primeros años de la respuesta; dichas demandas han sentado jurisprudencia en el área centroamericana y han abierto el camino para reformas importantes en el tema de acceso a medicamentos.⁴⁹¹ *Agua Buena* no cuenta con presupuesto permanente, pero ha venido desempeñando un rol de alzar la voz en protesta y demanda de mejores condiciones de respuesta hacia los PVIH de Centroamérica.

Comunidad de Mujeres Viviendo con VIH ICW-Latina

La *Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH* (ICW por sus siglas en inglés) se precia de ser la única red internacional de mujeres viviendo con VIH creada para apoyar a las mujeres viviendo con VIH. Esta organización fue creada en 1992, como una respuesta a las necesidades específicas de las mujeres positivas, que

⁴⁹⁰ <http://www.aguabuena.org/historia.php> Consultada el 24 de mayo de 2010

⁴⁹¹ Fernández, M.M. (2003) Op.cit.

no encontraban un espacio en el cual dialogar y buscar respuestas específicas a sus necesidades. La organización tiene filiales en diversas regiones del mundo, existiendo una especial para América Latina, denominada *ICW-LAC*.

Los objetivos de *ICW-LAC* son:

“Contactar y ayudar a las mujeres viviendo con VIH a través del mundo; unir a las mujeres VIH en cuanto a los asuntos que nos afectan; asegurarse que todas las mujeres VIH sean visibles y nuestras voces se oigan; actuar como fuente de información; desafiar la discriminación, estigma y abuso de los derechos de la mujer viviendo con VIH; y alentar la adquisición de poder en sí misma y la independencia”⁴⁹²

El capítulo de Honduras de *ICW Latina* ha jugado un papel importante en el empoderamiento de las mujeres PVIH, a la par que ha contribuido a desarrollar el liderazgo de sus afiliadas, a través de actividades de formación y participación, tanto en espacios de deliberación nacionales, como en foros y encuentros regionales.

d) *Las Agencias de Cooperación Bilateral*

United States Agency for International Development USAID

La agencia oficial de los Estados Unidos en materia de cooperación internacional es *United States Agency for International Development USAID*, surgida en 1961, y que tiene como propósitos, el fomento de la democracia y el libre mercado y el mejoramiento de las vidas de las personas que viven en los países en desarrollo. USAID ha tenido una larga tradición de apoyo en los países de América Latina; y en el caso de Honduras, constituye el mayor donante para apoyar sus programas de desarrollo.

Las principales áreas en las que trabaja USAID son: Paz y Seguridad; Gobierno Justo y Democrático; Inversión en el Pueblo y Asistencia Humanitaria; Crecimiento Económico; Vínculos con la Corporación del Desafío del Milenio; Agricultura; Crecimiento Económico y Comercio; Educación; Ambiente; Asistencia Humanitaria; y Salud.⁴⁹³ En éste último rubro, el apoyo de USAID a Honduras ha sido determinante durante las últimas décadas para el fortalecimiento en áreas sensibles,

⁴⁹² <http://www.inlatina.org/red/icw-lac.html> Consultada el 4 de mayo de 2010

⁴⁹³ http://www.usaid.gov/our_work/global_health/ Consultada el 3 de mayo de 2010

como Salud Materno-Infantil, Salud Sexual y Reproductiva, Tuberculosis, Malaria y VIH/SIDA.

En VIH y SIDA, USAID es el principal cooperante bilateral, que ha brindado apoyo técnico y financiero a Honduras, a través de estrategias y proyectos conjuntos con la Secretaría de Salud, y también con implementación a través ONGs nacionales. Las principales han sido, de 1999 a 2003: Comunicación para el cambio de conducta; Distribución y promoción del condón; Desarrollo de políticas nacionales; Investigaciones de comportamientos de los grupos de alto riesgo; Apoyo para pruebas de laboratorio para vigilancia epidemiológica; y Asistencia técnica a los sectores público y privado.⁴⁹⁴

Para el período 2004-2008, las áreas de cooperación de USAID en VIH/SIDA fueron: Desarrollo de intervenciones para el cambio de comportamiento en poblaciones de alta prevalencia; Fortalecimiento de la capacidad de los ONGs para diseminar y utilizar en forma efectiva los materiales de IEC para el cambio de comportamiento en los grupos de alta prevalencia; Promoción de la reducción de conducta de riesgo entre los grupos de alto riesgo.

USAID organizó su cooperación para dicho período, siguiendo la estructura elaborada para el II PENSIDA. Para el área de Promoción de Salud/Prevención VIH: Expansión del acceso a condones de bajo costo a través de formas no tradicionales. Para el área de Atención Integral: Expandir y fortalecer la disponibilidad de las pruebas rápidas y consejería voluntaria; Proveer asistencia técnica y capacitación para el tratamiento contra VIH/SIDA y los sistemas de apoyo. Para el área de Gestión y Coordinación de Políticas Sociales: Apoyo a las políticas y regulaciones desarrolladas e implementadas; Apoyo al desarrollo e implementación de los planes departamentales contra el VIH/SIDA; Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación del VIH/SIDA; Expansión y fortalecimiento del sistema de logística nacional. Para el área de Promoción y Defensa de los Derechos Humanos: Apoyo al desarrollo e implementación de una estrategia para reducir el estigma y protección de los derechos humanos. Para el área de Investigación Científica: Apoyo y fortalecimiento al sistema nacional de vigilancia del VIH/SIDA; Fortalecimiento de la

⁴⁹⁴ United States Agency for International Development Honduras (2003) *Programa de Apoyo en VIH/SIDA 2004-2008. III Reunión de Agencias Cooperantes en VIH/SIDA en Honduras*. 24 y 25 de Junio 2003. Tegucigalpa.

capacidad nacional para conducir investigaciones operativas en el área de VIH/SIDA; Prevenir infección en grupos de alto riesgo para evitar futuras infecciones: Pruebas simples y baratas para detectar el virus; Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica; Complementariedad entre donantes, incluyendo el Fondo Global.⁴⁹⁵ La amplia gama de áreas de cooperación de USAID en Honduras, le confiere un sitio único dentro de las agencias de cooperación bilateral.

Department For International Development DFID

La agencia de cooperación al desarrollo internacional del gobierno británico se denomina Department for International Development DFID, la cual tiene como misión, “ayudar a las personas a construir una mejor vida para sí mismos”, a través de la promoción del desarrollo y la reducción de la pobreza., teniendo como eje principal, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los acuerdos de servicio público del gobierno. Como parte del gobierno del Reino Unido, DFID se rige por medio de uno de sus ministerios, y trabaja en 150 países, a través de 64 oficinas alrededor del mundo⁴⁹⁶.

En Latinoamérica, en la actualidad, DFID únicamente mantiene oficinas en Brasil y un módico apoyo a Nicaragua, a través de sus instituciones de gobierno; no obstante, DFID representó durante el período de 2002 a 2007, uno de los principales donantes en el tema de VIH y SIDA en Honduras, apoyando decididamente acciones en diversas áreas, desde la óptica de:

“Garantizar la apropiación y liderazgo nacional de los programas en el trabajo con la sociedad civil para maximizar su sensibilidad a las necesidades nacionales y enfatizar el apoyo a la capacidad y a las instituciones nacionales”⁴⁹⁷

Los proyectos que DFID apoyó técnica y financiera en el período que operó en Honduras fueron, con la Secretaria de Salud: *Proyecto de Fortalecimiento de las Unidades de Manejo Integral de las Enfermedades de Transmisión Sexual UMIETS*, incluyendo estructura física, equipo e insumos, capacitación de recursos humanos, comunicación, coordinación intersectorial, interinstitucional e intrainstitucional,

⁴⁹⁵ United States Agency for International Development Honduras (2003) Op. cit.

⁴⁹⁶ <http://www.dfid.gov.uk/About-DFID/Quick-guide-to-DFID/Who-we-are-and-what-we-do/> Consultada el 3 de mayo de 2010.

⁴⁹⁷ <http://www.dfid.gov.uk/About-DFID/Quick-guide-to-DFID/Who-we-are-and-what-we-do/> Op. cit.

legislación y Derechos Humanos; con el Instituto Nacional de Formación Profesional INFOP, *Reducción de la vulnerabilidad ante el VIH/SIDA* con el Foro Nacional de SIDA, proporcionando financiamiento y asesoría técnica para el *Fondo de Fideicomiso para Pequeñas Donaciones para el fortalecimiento de ONGs*; y con el Sector Religioso, apoyando el *Foro de Diálogo Interdenominacional para la Prevención y Atención*.⁴⁹⁸

Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional ASDI

La *Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional ASDI -Swedish International Development Cooperation Agency SIDA-*, es la organización que trabaja de acuerdo a las directrices del gobierno y del parlamento sueco para reducir la pobreza en el mundo. La meta principal de ASDI es:

“...contribuir a hacer posible el mejoramiento en las condiciones de vida de las personas pobres, a través de políticas, operaciones y gerencia.”⁴⁹⁹

Las principales áreas de cooperación son: Democracia, Derechos Humanos y Equidad de Género; Oportunidades Económicas; Conocimiento, Salud y Desarrollo Social; Paz y Seguridad; y Desarrollo Ambiental Sostenible. ASDI ha sido a lo largo de más de quince años, una de las principales agencias de cooperación internacional que ha colaborado con Honduras en una serie de áreas y sectores, desde proyectos de reconstrucción Post Huracán Mitch, hasta un acompañamiento constante en el área de fortalecimiento de los procesos democráticos y electorales. De igual manera, el sector salud se ha visto favorecido con el acompañamiento de proyectos y procesos en procura del mejoramiento del sistema de servicios de salud, incluyendo el tema de VIH y SIDA. ASDI cerró operaciones en Honduras el año 2010.

Las principales aportaciones de ASDI fueron: Fortalecimiento del Diálogo Político en el tema, con CONASIDA y otros actores en la implementación del PENSIDA, incluyendo la Secretaria de Salud; Fortalecimiento del Foro Nacional de SIDA; abogacía para la horizontalidad en el tratamiento del tema a través del diálogo político con candidatos presidenciales, autoridades del Instituto Nacional de la Mujer

⁴⁹⁸ DFID Health Advisor in Honduras. (2003) *Cooperación del Gobierno Británico al Gobierno de Honduras en materia de VIH/SIDA III Reunión de Agencias Cooperantes en VIH/SIDA en Honduras*. 24 y 25 de Junio 2003. Tegucigalpa.

⁴⁹⁹ http://www.sida.se/Global/About%20Sida/S%c3%a5%20arbetar%20vi/SIDA4848en_web.pdf
Consultada el 3 de mayo de 2010

INAM y Comisionado Nacional de los Derechos Humanos CONADEH; democratización de los medios de comunicación; apoyo para reformas a la Ley de Servicio Civil, cooperación con el Sector Educación, en el tema de Educación Sexual; y apoyo a ONGs suecas trabajando en el país, para incluir programas de prevención de VIH con las mismas.⁵⁰⁰

e) *Las Agencias de Cooperación Multilateral*

Las agencias de cooperación multilateral del *Sistema de las Naciones Unidas* son un conjunto de agencias, programas y organismos dependientes de la *Organización de las Naciones Unidas*, de cooperación técnica en una variedad de temas que reportan directamente a la *Asamblea General de las Naciones Unidas*. Entre las más destacadas en Honduras, están: la *Organización Mundial de la Salud OMS*, y su oficina regional para América Latina, la *Organización Panamericana de la Salud OMS*, con sede en Washington; el *Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA*; el *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA*; el *Banco Mundial*; y el *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD*. Igualmente se incluye en este apartado el *Fondo Global para la Lucha contra la Tuberculosis, SIDA y Malaria*, mejor conocido como *Fondo Global* que, a pesar de no pertenecer al *Sistema de Agencias de las Naciones Unidas*, surgió precisamente de un acuerdo tomado en la *Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre SIDA, UNGASS*, realizada en Nueva York en 2001.

A pesar de que todas ellas, de alguna u otra forma se relacionan con el tema de VIH y SIDA, solo se enfatizará en aquellas, que han estado más involucradas en la emisión de *estrategias* que se analizan en este trabajo.

Organización Mundial de la Salud OMS

La Organización Mundial de la Salud OMS es la agencia dentro del Sistema de Naciones Unidas que es:

“...responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en evidencia,

⁵⁰⁰ Camaroni, I. and Roos, E. (2005) *Assessment of the HIV and AIDS situation in Guatemala, Honduras and Nicaragua. Mapping out National and Sweden's HIV and AIDS initiatives*. SIDA. Stockholm. pp. 20-23.

prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.”⁵⁰¹

La OMS trabaja alrededor de una agenda de seis puntos para mejorar la salud pública, que contemplan, la *promoción del desarrollo*, en virtud de los comprobados vínculos existentes entre éste y el nivel de salud que las poblaciones pueden lograr, y la contribución mutua entre la salud y los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*; el *fomento de la seguridad sanitaria*, entre otras formas, a través de la entrada en vigor del *Reglamento Sanitario Internacional*; el *fortalecimiento de los sistemas de salud*, con especial énfasis en el fortalecimiento de los recursos humanos, la ampliación del financiamiento, el mejoramiento de los sistemas de información, y el acceso a tecnologías apropiadas; el *aprovechamiento de investigaciones, información y datos probatorios*, con el propósito de establecer prioridades, definir estrategias y medir resultados; el *potenciamiento de alianzas*, entre las que destacan aquellas realizadas con otras agencias del *Sistema de las Naciones Unidas*; y el *mejoramiento de su propio desempeño*, que se ha enfocado básicamente a través de la armonización y la gestión por resultados.⁵⁰²

La oficina regional de la OMS, la *Organización Panamericana de la Salud OPS*, si bien, forma parte de la OMS y, por ende, de las agencias del *Sistema de Naciones Unidas*, cronológicamente hablando, es más antigua que la OMS, ya que tiene más de cien años de existencia. Sus propósitos fundamentales son:

“...promoción y coordinación de esfuerzos de los países de la Región de las Américas para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el bienestar físico y mental de sus habitantes”.⁵⁰³

La OPS está conformada por cuatro estructuras, la *Conferencia Sanitaria Panamericana*, que reúne cada cinco años a representantes de todos los Estados Miembros; el *Consejo Directivo*, que se reúne anualmente; el *Comité Ejecutivo*, compuesto por representantes de nueve Estados Miembros; y la *Oficina Sanitaria Panamericana*, que funge como Secretaría Ejecutiva, encargada de aplicar las normas aprobadas por los cuerpos directivos.

⁵⁰¹ <http://www.who.int/about/es> Consultada el 12 de septiembre de 2011

⁵⁰² <http://www.who.int/about/es> Op. cit.

⁵⁰³ <http://www.paho.org/Spanish/PAHO/historia.htm#propositos> Consultada el 20 de mayo de 2010

Como parte de ONUSIDA, la representación de OPS en Honduras, participa en el Grupo Temático de VIH y SIDA y como parte del Sistema de Agencias de Naciones Unidas, participa de un Marco de Asistencia para el Desarrollo común, y también en la Mesa de Cooperantes en Salud, conocida como Mesa CESAR, donde se procura la armonización de la cooperación en el país, con el resto de agencias cooperantes.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA

El *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA*, es una iniciativa conjunta del sistema de agencias de las Naciones Unidas, creada en 1995, que tiene el propósito de aunar los esfuerzos de diez agencias del *Sistema de las Naciones Unidas* para orquestar una respuesta para *ayudar a prevenir nuevas infecciones; brindar atención a las personas que viven con VIH; y mitigar el impacto de la epidemia*. Las agencias que conforman ONUSIDA son, el *Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR*; el *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF*; el *Banco Mundial, BM*; el *Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA*; el *Programa Mundial de Alimentos, PMA*; la *Organización Internacional del Trabajo, OIT*; la *Agencia de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO*; la *Organización Mundial de la Salud, OMS*; el *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD*; y la *Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Crimen, ONUDC*; trabajando conjuntamente en el apoyo de una respuesta ampliada que involucre los esfuerzos de muchos sectores y socios de instituciones gubernamentales u organizaciones de la sociedad civil. ONUSIDA recibe colaboración también de la *Organización Internacional de las Migraciones OIM* y de la *Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres ONU MUJERES*.⁵⁰⁴

Igual que la OPS, ONUSIDA hace parte de los cuerpos deliberativos multilaterales en el tema, Mesa de Cooperantes Externos en Salud y Reforma CESAR, Grupo temático en VIH y SIDA, y como el resto de las agencias cooperantes, ha participado en algún momento como representante del *sector de la cooperación externa*, en el *Mecanismo Coordinador de País MCP*.

Banco Mundial BM

⁵⁰⁴ <http://www.unaids.org/en/AboutUNAIDS/default.asp> Accedida el 20 de abril de 2010

El Banco Mundial se autodefine como:

“...una fuente vital de asistencia financiera y técnica para los países en desarrollo de todo el mundo. Su misión es combatir la pobreza con pasión y profesionalidad para obtener resultados duraderos, y ayudar a la gente a ayudarse a sí misma y al medio ambiente que la rodea, suministrando recursos, entregando conocimientos, creando capacidad y forjando asociaciones en los sectores, públicos y privados”.⁵⁰⁵

Como parte de su estructura interna, existe el *Programa Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA*, creado en 2002, cuyo propósito es, servir de apoyo a los esfuerzos del Banco Mundial. Entre sus principales funciones están:

“...ofrecer información sobre lo aprendido a nivel mundial, e intercambio de conocimientos sobre los mejores medios de hacer frente al VIH/SIDA; encabezar las actividades de vigilancia y evaluación que realizan los asociados en el ONUSIDA a nivel de los países...incorporar al VIH/SIDA en sus actividades relativas a todos los sectores económicos y sociales...fortalecer la capacidad del Banco de responder a las necesidades de los gobiernos nacionales, la sociedad civil y otros interesados...intercambiar y ampliar los conocimientos disponibles sobre estrategias eficaces de lucha contra el VIH/SIDA y crear nuevas estrategias...mejorar la calidad de las actividades de vigilancia y evaluación, y fortalecer la capacidad en esta materia entre los asociados que trabajan en proyectos y programas relacionados con el SIDA dentro de los países.”⁵⁰⁶

Como puede observarse, y tal como ha sido planteado en capítulos anteriores, en la actualidad, el rol del Banco Mundial, disputa con creces el de otras agencias multilaterales en el campo de la salud.

Fondo Global para la Lucha contra la Tuberculosis, SIDA y Malaria FG

El *Fondo Global* es creado a finales del año 2001, y comienza a funcionar en 2002, con el siguiente mandato:

“...propiciar el uso de las mejores prácticas, financiando intervenciones efectivas; apoyar las intervenciones efectivas de tipo intersectorial y con participación de organizaciones no gubernamentales y de la comunidad;

505

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/QUIENESSOMOS/0,,menuPK:64058517~pagePK:64057857~piPK:64057865~theSitePK:263702,00.html> Consultada el 9 de septiembre de 2011.

506

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/QUIENESSOMOS/0,,menuPK:64058517~pagePK:64057857~piPK:64057865~theSitePK:263702,00.html> Op. cit.

respetar, complementar y apoyar las políticas, prioridades y socios locales; y dar prioridad a los países y comunidades más afectadas, procurando eliminar la estigmatización y discriminación, especialmente hacia las mujeres, niños y grupos vulnerables”.⁵⁰⁷

El *enfoque y alcances* del Fondo Global, planteados en el mismo documento marco, incluyen: el fortalecimiento de los sistemas de salud locales; el apoyo de iniciativas que aborden las inequidades sociales y de género, principalmente las acciones educativas en salud. Se incluyeron también las directrices generales sobre *financiamiento*; los *mecanismos administrativos y programáticos* a nivel de país, los cuales se compromete a respetar y apoyar; así como el papel que están llamados a desempeñar las agencias bilaterales y multilaterales.

Igualmente se incluyeron en el documento marco, las especificaciones relacionadas con la estructura y modos de operación que tendría el Fondo en los procesos de revisión de propuestas recibidas, a través de formatos de aplicación, criterios de elegibilidad y para la aprobación de propuestas, canalización de fondos, desembolsos, monitoreo y evaluación de resultados de las propuestas financiadas; así como los mecanismos y procedimientos para la rendición de cuentas y responsabilidades fiduciarias.⁵⁰⁸

Principales iniciativas de la respuesta

Para los objetivos del presente estudio, se entenderá como *Iniciativas en el tema de VIH y SIDA*, un compendio de *Políticas, Estrategias, Planes, Proyectos e Informes de Avance*; que sobre el tema del VIH y SIDA se han emitido, internacional y nacionalmente; con mayor énfasis en la última década, pero considerando también algunos documentos seminales que fueron emitidos con anterioridad, y que han permitido configurar la respuesta mundial, y con mayor énfasis la respuesta hondureña, tanto desde el ámbito gubernamental, como del sector de la sociedad civil organizada.

Uno de los mayores retos enfrentados en este estudio, ha sido el proceso de selección de las iniciativas a incluir en este apartado, dada la profusión de documentos circulantes sobre el tema, desde su aparición, a inicios de la década de los años

⁵⁰⁷ The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. (2001) Op.Cit.

⁵⁰⁸ The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. (2001) Op.Cit.

ochenta del siglo pasado. No obstante, hubo algunos criterios de inclusión que, debido al tema investigado, primaron en la selección.

Dado que el hilo conductor del estudio son las *Condiciones de Posibilidad del Derecho a una Respuesta Integral en VIH y SIDA*, son varias las aristas que deben de ser constatadas en esta propuesta. A ese fin se ha considerado que, pueden existir, por lo menos en principio, o en teoría, *condiciones de posibilidad*, si es que existen *Políticas, Estrategias y Planes*, congruentes con criterios de *integralidad*; por otro lado, dichas *Estrategias* deben ser implementadas a través de *Proyectos*, plasmadas en acciones que, según criterios de carácter gerencial, ya sea nacionales, o de los agentes donantes, deben ser monitoreados y evaluados, y posteriormente presentados en *Informes de Avance*, que permitan medir el grado de adelanto en la respuesta. Con estas consideraciones en mente, se escogieron en total, 85 documentos para análisis.

Los criterios de inclusión para las iniciativas del apartado de *Políticas*, fueron tres: la *naturaleza temática*, es decir, su vinculación, sea con el tema de Derechos Humanos o VIH y SIDA; en segundo lugar, el carácter *vinculante* hacia el Estado de Honduras, de parte del documento emitido, es decir, la obligatoriedad que se impone al Estado para su cumplimiento; y en tercer lugar, el *período temporal* en que fueron emitidos, que incluye desde el período previo a la aparición de la epidemia en algunos casos, debido a las repercusiones directas para el tema, hasta el año 2008, en que se cierra el presente estudio.

Los documentos incluidos en el apartado *Políticas*, son *Declaraciones y Pactos* internacionales, así como *Leyes* nacionales, que implican compromisos obligatorios de los países que conforman la comunidad internacional, sobre su cumplimiento, con su correspondiente seguimiento; igualmente, los mecanismos de vigilancia acordados para dar cuenta, periódicamente, de los avances realizados por los Estados firmantes. Se escogieron 14 documentos que cumplen con estos criterios. (Ver Anexos A y B)

En relación con las *Estrategias*, la producción es sumamente vasta, procedente de una diversidad de actores que trabajan en el tema; tanto agencias multilaterales, como bilaterales, y organizaciones no-gubernamentales. Existen diversos tipos de *Estrategias*, sin embargo, para los propósitos de este estudio, se ha hecho énfasis en la selección de cinco tipos: *Estrategias de Planificación, Estrategias de Atención,*

Estrategias de Prevención, Estrategias de Promoción de los Derechos Humanos y Estrategias de Coordinación. Debido a la amplitud de tipos de *Estrategias*, y a que, por su mismo propósito, llevan implícita la direccionalidad y forma de operatividad y evaluación de la respuesta, este apartado es el más numeroso. Se procuró seleccionar, a lo largo del período que abarca el estudio, aquellas estrategias que permitan mostrar las condiciones de posibilidad de la *integralidad*, quedando seleccionados 56 documentos, entre todos los tipos mencionados. (Ver Anexos A y B)

En relación con los *Planes*, se consideran los tres planes estratégicos que Honduras ha tenido a lo largo de su fase de respuesta oficial, los denominados *PENSIDA*, *PENSIDA II* y *PENSIDA III*, que cubren los períodos de 1999-2002, 2003-2007 y 2008-2012, respectivamente. (Ver Anexos A y B)

En relación con los *Proyectos* de cooperación externa, Honduras ha tenido a lo largo de sus más de 20 años de respuesta, una serie de cooperantes, tanto bilaterales, como multilaterales, que han impulsado proyectos de diferente monto y concepción en cuanto al abordaje; no obstante, se consideraron solamente aquellos que han tenido una repercusión mayor en cada momento de la respuesta, y que permitieron configurar la identidad de la misma, atendiendo a criterios de *monto financiero*, *influencia política*, y la *operacionalización del abordaje* para la respuesta, tanto desde el punto de vista *técnico: preventivo, atención y promoción de los derechos humanos*; como desde el punto de vista *organizacional*, en la *planificación*, el *fortalecimiento institucional* y el *monitoreo y evaluación de la respuesta*. El total de iniciativas analizadas en el apartado de *Proyectos* es de cinco. (Ver Anexos A y B)

En relación con los *Informes de Avance*, el énfasis estuvo puesto, más que en el nivel de desempeño de la respuesta nacional, en los *indicadores que el país estuvo en disponibilidad de poder reportar*, habida cuenta del énfasis puesto para el desarrollo de los *Planes* elaborados y los *Proyectos* ejecutados, para dar cuenta de los avances en la respuesta. Para ello se consideró la revisión de los tres primeros *Informes de avance para UNGASS*, correspondientes a los años de 2003, 2005 y 2008; así como de los informes sobre la situación de los *Derechos Humanos*, realizados en distintos momentos de la respuesta, totalizando siete documentos. (Ver Anexos A y B)

a) Las políticas

Se seleccionaron, un total de 14 documentos, entre internacionales y nacionales, atendiendo a los criterios de *vinculación* para los Estados Partes, como es el caso de las *Declaraciones, Convenios y Pactos*; en el caso de los nacionales, atienden a su validez legal, como *leyes y reglamentos*, emanados del Congreso Nacional de la República. (Ver Anexos A, B y C)

Entre las políticas internacionales más importantes están, el *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC*, que data de 1966, y entró en vigor diez años más tarde. Honduras, fue signatario de este instrumento, que vincula a los Estados Partes con el cumplimiento del mismo. El PIDESC, a pesar de haber sido redactado, quince años antes de que apareciera el primer caso de VIH conocido, plantea un principio fundamental que ha venido a servir de faro guía para la respuesta de los Estados Partes, el “*disfrute del más alto posible de salud física y mental*”, concepto que se ha sido discutido ya con amplitud.

Otro documento que ha sido clave para el abordaje de la situación de VIH y SIDA, la cual ha sido comentada ya antes, es la *Declaración de Alma Ata*, emanada de la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud*, realizada en 1978, la cual, como fue concebida y llevada a efecto en muchos países desarrollados, garantiza la posibilidad de tener acceso a servicios de salud, en distintos niveles de resolución, a un precio asequible, y con un considerable componente de participación social. Como discutimos ya, el espíritu original de la *Declaración*, quedó trunco en la mayoría de los países en desarrollo, dando lugar al afianzamiento de sistemas de salud *fragmentados*, orientados a la *atención al daño* y con una impronta de tipo *asistencialista* hacia la población.

Quizás el primer documento de dimensión internacional, dedicado al tema, fue la *Declaración de Londres sobre Prevención del SIDA*, emanada de la *Cumbre Mundial de Ministros de Salud*, realizada en Londres en Enero de 1988. Esta declaración fue fruto del trabajo tesonero que había venido realizando el Dr. Jonathan Mann, primero, como investigador de la epidemia en los primeros años de la misma en el continente africano, y posteriormente, como *Director del Programa Especial de SIDA* de la OMS. En dicha *Declaración*, los ministros se comprometieron a:

“...establecer programas nacionales apropiados para prevenir y frenar la propagación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el marco de los sistemas de salud de nuestros países. Insistimos

ante todos los gobiernos, en la utilidad de un comité coordinador de alto nivel para mancomunar la totalidad de las instancias gubernamentales y, de conformidad con la Estrategia Mundial contra el SIDA, y en la mayor medida posible, haremos participar en la planificación y aplicación de esos programas, a todos los sectores gubernamentales y organizaciones no gubernamentales competentes.”⁵⁰⁹

Ya la *Declaración* estaba estipulando una serie de premisas que, con el correr del tiempo, se habría de ver la dificultad de hacerlas realidad en el caso de Honduras, habida cuenta de que las características de su sistema de salud, que han sido descritos ya, no son los más propicios para poner en marcha el compromiso, tal como aparece en el párrafo anterior. Por otro lado, el compromiso político que se demanda para hacer realidad una participación coordinada de todos los sectores gubernamentales, se ha enfrentado también con la visión *medicalizada* del VIH y SIDA, así como, la falta de interés sostenido en el tema, por parte de las máximas autoridades del país.

Un evento mundial que vendría a impulsar en Honduras y en otros países, el tipo de respuesta realizada ante la epidemia fue, en 1993, la *Conferencia Mundial de Derechos Humanos*, realizada en Viena, en la cual, los Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas, subrayaron su responsabilidad de “...fomentar y propiciar el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos...”, así como, siendo conscientes de que el respeto irrestricto a los Derechos Humanos, es imprescindible para garantizar su disfrute, se declaró, entre otras cosas, en dos apartados de la *Declaración*, que:

“La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso...”⁵¹⁰...La Conferencia Mundial de Derechos Humanos alienta a la Comisión de Derechos Humanos a que, en colaboración con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, siga examinando protocolos facultativos del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”⁵¹¹

La repercusión de esta *Conferencia y Plan de Acción de Viena*, por lo menos en Honduras, se vio también acompañada de otros procesos en el ámbito

⁵⁰⁹ Cumbre Mundial de Ministros de Salud *Declaración de Londres sobre Prevención del SIDA*.. Londres, 28 de enero de 1988. Párrafo 3.

⁵¹⁰ Organización de las Naciones Unidas. (1993) *Declaración y el Programa de Acción de Viena*. A/CONF.157/23 12 de julio de 1993. Numeral 5.

⁵¹¹ Organización de las Naciones Unidas. (1993) Op. cit. Numeral 75.

internacional, que significaron algunos cambios en los procesos de *Modernización del Estado*.

En 1994 se da de nuevo una *Reunión Cumbre*, esta vez, de jefes de gobierno y representantes de 42 Estados, que se dieron cita en París, el 1 de Diciembre, en que emitieron la *Declaración de París sobre SIDA*. En concatenación con la *Declaración de Viena*, la reunión de París marcó la pauta de la respuesta mundial en relación con los *Derechos Humanos* y la participación social de las personas afectadas por el VIH y SIDA, ya que se hace un llamado directo para:

“Incluir en nuestra políticas nacionales: Protección y promoción de los derechos de los individuos, particularmente aquellos que viven con o son más vulnerables al VIH/SIDA, a través del entorno legal y social. Incorporación total de organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria, así como personas viviendo con VIH/SIDA en la formulación e implementación de políticas públicas. Asegurar la igualdad en la protección ante la ley a PVIH respecto del acceso a atención de la salud, empleo, educación, desplazamiento, alojamiento y seguridad social”⁵¹²

De igual manera, la *Declaración de París*, se refirió también de forma breve a las estrategias que, desde los sistemas de salud de los diferentes Estados, podrían definir una respuesta más eficiente para hacer frente a la pandemia, así:

“Promoción de y acceso a variedad de estrategias preventivas culturalmente aceptables, incluyendo el condón y el tratamiento de enfermedades sexualmente transmisibles, promoción de una adecuada educación en prevención, incluyendo la sexual y de género para la juventud en las escuelas y fuera de ella. Mejoramiento del estatus, educación y condiciones de vida de la mujer”⁵¹³

Y, en referencia a la provisión de los servicios, los Estados Miembros en la *Declaración de París*, reiteraron la necesidad del:

“Fortalecimiento de los Sistemas de Atención Primaria como base para la prevención y la atención, e integrar las actividades en VIH/SIDA en dichos sistemas, para el aseguramiento del acceso a atención integral”⁵¹⁴

No obstante, el fortalecimiento de la institucionalidad hondureña, en referencia al tema de una *Respuesta Integral* a la salud, ha estado signada por condicionantes de tipo *epistemológico-discursivo* y *político*, que han limitado en gran medida el diálogo

⁵¹² Reunión Cumbre sobre SIDA (1994) *Declaración de París*.. 1 de Diciembre 1994.

⁵¹³ Reunión Cumbre sobre SIDA (1994) Op. cit.

⁵¹⁴ Reunión Cumbre sobre SIDA (1994) Op. cit.

franco y abierto de las diferentes disciplinas del conocimiento, en procura de una búsqueda y construcción conjunta de las necesarias respuestas integrales.

El tema de *Derechos Humanos*, no obstante, ha corrido con mejor suerte en el país, toda vez que, de ser un tema nuevo en la agenda política al momento de realizarse la *Conferencia Mundial de Derechos Humanos*, en 1993; pasó a ser objeto de discusión en las instancias de poder del Estado hondureño, al punto que, en los primeros años de la década de los noventa, se crean por primera vez, instituciones como el Ministerio Público, las Fiscalías de Derechos Humanos y, en 1995, se instituye, mediante *Decreto No. 2-95*, el *Comisionado Nacional de los Derechos Humanos CONADEH*, el cual había comenzado a funcionar como dependencia del Poder Ejecutivo desde 1992, en la administración del ex-presidente Callejas.⁵¹⁵

El CONADEH se creó con el propósito de:

“...garantizar la vigencia de los derechos y libertades reconocidas en la Constitución de la República y los Tratados y Convenios Internacionales ratificados por Honduras”⁵¹⁶

Dentro de las atribuciones que tiene el CONADEH, destacan, para los efectos del presente estudio, las ubicadas en los numerales 2, 4 y 12 del Artículo # 9:

“Prestar atención inmediata y dar seguimiento a cualquier denuncia sobre violación de los derechos humanos;...Velar porque los actos y las resoluciones de la administración pública sean acordes con el contenido de los tratados, convenios y acuerdos internacionales en materia de derechos humanos ratificados por Honduras;...Organizar seminarios de carácter nacional e internacional para crear una mística nacional de protección a los derechos humanos”⁵¹⁷

No obstante, en un país con una tradición de ausencia de una cultura de respeto a los Derechos Humanos, sobre todo en un área particularmente intangible como es el *Derecho a la Salud*, el mayor accionar que el CONADEH ha tenido al respecto, se ha concentrado en la recepción de quejas, y en tratar de poner en evidencia la necesidad de una cultura de respeto a los Derechos Humanos, la cual pasa necesariamente, por el entendimiento elemental de quiénes son *Titulares de*

⁵¹⁵ Congreso Nacional de la República. (1995) *Ley Orgánica del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos. Decreto No. 153-95. La Gaceta No. 27811*. 21 de noviembre de 1995.

⁵¹⁶ Congreso Nacional de la República. (1995) Op. cit. Art. 1

⁵¹⁷ Congreso Nacional de la República. (1995) Op. cit. Art. 9, numerales 2, 4 y 12.

Deberes, en este caso, el Estado, sus instituciones y funcionarios; y quiénes son *Titulares de Derechos*, en este caso, la población hondureña.

En este marco de sucesos internacionales y nacionales, se gestó una lucha por reivindicar los derechos de las PVIH, resaltada aún más por la reciente incorporación al esquema de tratamiento a los medicamentos antirretrovirales, los cuales, permitieron hacer la diferencia entre pensar en la pandemia en términos de antesala de la muerte, a considerarla como una afección crónica, con posibilidades de sobrevivida, dependiendo del nivel de adherencia al tratamiento y las condiciones complementarias para llevar una vida equilibrada en términos de autocuidado y nutrición.

Es así como, a finales de la década de los noventa del siglo pasado, comenzó un proceso participativo en el país, que dio como resultado, la promulgación, por parte del *Congreso Nacional de la República*, en el año 1999, de la *Ley Especial del VIH/SIDA*, a través del *Decreto No. 147-99*, la cual contiene una serie de enunciados que tienen como propósito, definir un marco amplio de respuesta nacional ante el VIH/SIDA, toda vez que crea instancias, define responsabilidades, establece de manera concreta derechos y prohibiciones; todo lo cual ha facilitado también, el proceso de empoderamiento de las PVIH en relación con su condición.

Entre los aspectos más importantes a destacar a efectos del presente estudio está los propósitos de creación de la *Ley Especial*, así como la creación de la *Comisión Nacional de SIDA CONASIDA*, en sus artículos 1, 2 y 7 y 8. El artículo 8, estipula que la CONASIDA estará integrada por varias instituciones, como se ha detallado en la primera parte de este capítulo.

A pesar de lo planteado en la *Ley*, en la práctica ha sido difícil su puesta en marcha, ya que, como se ha dicho ya, hasta el año 2003 se elaboraron sus estatutos para poder funcionar, lo cual propició un vacío nacional en materia de competencia para la formulación de políticas públicas, que tuvo como una de sus más severas consecuencias, la necesidad de instituir un *Mecanismo Coordinador de País*, al margen de la ley, cuando Honduras concursa por primera vez en 2002, para acceder a fondos del *Fondo Global de Lucha contra la Tuberculosis, SIDA y Malaria*. Dicho error, marcaría la pauta para las *condiciones de posibilidad* de una respuesta amplia,

interdisciplinaria y comprometida del país de manera sostenible en el ámbito del VIH y SIDA, pauta que ha repercutido hasta nuestros días.

Prueba de lo anterior, es la poca trascendencia que, tanto en su momento, como hasta la fecha, tuvo la publicación, de parte de la Secretaría de Salud, en 1999, de un documento denominado, *Políticas Nacionales sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA*,⁵¹⁸ el cual deja de manifiesto la óptica, no solo sectorial, sino más bien institucional, de un tema que convoca a la nación entera.

Es de mencionar también como *política*, sin reiterar más, por haber sido discutida en detalle en capítulo anterior, la Observación General # 14 del Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, publicada en 2000 y denominada *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*.⁵¹⁹

Entre el año 2000 y 2001, se elaboraron y consensuaron a nivel mundial, tres declaraciones que han servido para guiar la respuesta, mundial y nacionalmente, debido a su implicación directa en el tema de VIH y SIDA, ampliamente discutidas ya: la *Declaración del Milenio*, promulgada por la Organización de las Naciones Unidas, en 2000; la *Declaración de Doha*, emitida por la *Organización Mundial del Comercio*, en 2001, sobre la flexibilidad para la utilización de licencias obligatorias para la fabricación de medicamentos antirretrovirales; y la *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*, del *Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA*, UNGASS.

Dos declaraciones más han marcado la pauta para la evolución de la respuesta durante los últimos años, las cuales han tenido repercusiones directas en el tipo de estrategias emanadas de las agencias de cooperación bilateral; la *Declaración de París sobre Efectividad en la Cooperación*⁵²⁰, emanada de la *Cumbre Mundial de Ministros de los países desarrollados y en desarrollo responsables de promover el desarrollo y Directores de Agencias de Cooperación Bilaterales y Multilaterales*, realizada en 2005; y la *Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA: cinco años*

⁵¹⁸ Secretaría de Salud (1999) *Políticas Nacionales sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA*. Autor. Tegucigalpa.

⁵¹⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) Op.cit.

⁵²⁰ World Trade Organization WTO (2001) Op.cit.

*después*⁵²¹, emitida en 2006, como producto de la *Asamblea General de la ONU*, en respuesta a los avances mundiales en la materia, desde 2001; ambas discutidas ya.

b) Las *estrategias*

La escogencia de las *estrategias* para el estudio, además de lo planteado al inicio de esta sección, se centró en las principales agencias de cooperación multilateral y bilateral, con presencia sostenida en el país desde los inicios de la epidemia. Destacan, por este criterio, así como, por su vinculación con el tema estudiado, la Organización Mundial de la Salud OMS, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y, a partir de su funcionamiento en 1996, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA. Se incluyeron también las estrategias emitidas por el Banco Mundial durante esa época, debido a la repercusión directa que han tenido en el país para la configuración de su respuesta, plasmada en la orientación de los planes estratégicos elaborados.

Estrategias de Planificación

Haciendo un recorrido sobre las estrategias emitidas desde la aparición de la epidemia, descubrimos que durante los primeros años de la misma, aproximadamente de 1981 a 1986, los esfuerzos se concentraron en el conocimiento de la epidemia; sobre todo, a través de los estudios realizados en el continente africano, principalmente por el Programa Mundial de SIDA GAP, y también en los Estados Unidos de América por los Centros para el Control de Enfermedades, CDC.

A partir de 1987, y de manera sostenida, hasta la actualidad, las estrategias de planificación han estado presentes, como una forma de asistencia técnica a los países con mayores debilidades para afrontar la epidemia; uno de los cuales ha sido Honduras, que desde los primeros años tuvo acceso a este tipo de apoyo, y por lo que pudo incursionar desde un inicio en el conocimiento de su propia epidemia, a través de estudios epidemiológicos realizados en los años noventa; no obstante, podemos ubicar a partir de inicios de dicha década, una primera ola de estrategias de planificación.

⁵²¹ Asamblea General de las Naciones Unidas (2006) Op.cit.

Las principales estrategias de planificación, son de tres tipos: planes estratégicos multianuales, de las agencias multilaterales, referidas al tema de VIH y SIDA, al tema de Salud Sexual y Reproductiva, o del Sector Salud en general, pero con vinculación hacia la respuesta; guías de planificación, para auxiliar a las autoridades nacionales de los diferentes países, para elaborar sus propios planes estratégicos de respuesta, que incluyen, desde orientaciones para analizar la respuesta habida, la planificación participativa y la ubicación de recursos financieros para el costeo de los planes; y directrices para el monitoreo y evaluación de la respuesta nacional, bajo formatos unificados, que permitan establecer parámetros de comparación entre los diferentes países obligados a reportar sus avances, así como, tratando de guardar un nivel de consistencia en los indicadores a lo largo del tiempo, para establecer comparaciones bianuales en el mismo país. El total de estrategias de planificación revisadas para el estudio fue de 19. (Ver Anexos A, B y D)

Al hacer una revisión entre los lineamientos que permiten a los países identificar las acciones clave que se consideran recomendables de desarrollar, las guías de planificación, establecen diferencias entre el tipo de epidemia que se ha instalado en el país, variando el tipo de actividades, si se trata de una epidemia de baja prevalencia, de una epidemia concentrada, o bien de una epidemia generalizada, haciendo también una selección de poblaciones con las cuales trabajar en función de los recursos disponibles. La forma como eso se ha operativizado en el caso de Honduras, se ilustrará de manera más detallada al hacer la revisión correspondiente de los *Planes Estratégicos* y los *Informes de Avance* respectivos.

Estrategias de Prevención

El núcleo mayor sobre el cual versará la revisión discursiva en el presente trabajo, se centra en las estrategias de prevención. Se trata de establecer, de manera meticulosa, cuáles han sido los *objetos, conceptos, mecanismos, autoridades, tecnologías*, así como las *metas estratégicas de poder*, que han prevalecido en el tema de prevención, que han configurado la respuesta en Honduras, y, al hacerlo, definir su presencia o ausencia, en el resto de tipos de documentos revisados; mapeando, por así decirlo, la suerte de los esfuerzos de prevención, en un sistema *medicalizado*.

Se pasa revista, a lo largo de casi dos décadas, a diversas modalidades preventivas, como ser, la promoción y comercialización social del preservativo o condón, la posposición del debut sexual en la adolescencia, la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual, la consejería y prueba rápida voluntaria, los enfoques dirigidos hacia las y los trabajadores del sexo, las teorías del cambio conductual y cambio social, así como el papel de los medios de comunicación masiva en los esfuerzos de prevención, a través de propuestas innovadoras. Las diversas modalidades preventivas, son a su vez, rastreadas en los documentos de respuesta, para verificar su presencia en los mismos. El total de documentos de estrategias de prevención, es 18. (Ver Anexos A, B y D)

Estrategias de Atención

Dentro de las estrategias de atención, estamos considerando los *lineamientos, normativas, guías y manuales metodológicos*, que tienen como común denominador, actividades realizadas directamente con los usuarios de los servicios de salud, las cuales conllevan al restablecimiento de su salud, y que son desarrolladas por diversos profesionales. Se trata de lineamientos o protocolos que establecen los procedimientos a seguir al atender a los usuarios. Desde muy temprano en el desarrollo de la epidemia, comenzaron a surgir estos documentos, primero desde el punto de vista clínico del VIH, respecto al tratamiento y manejo del paciente con infecciones oportunistas.

Más adelante, fueron editándose manuales de consejería, y también una estrategia desarrollada para el tratamiento de la co-infección con tuberculosis, que sirvió como base para el modelo desarrollado en los Centros de Atención Integral CAI. En contraste, se analiza también el documento de Renovación de la Atención Primaria en Salud que en el año 2007 publica la OPS/OMS, pretendiendo revivir la discusión y adopción del concepto de *Atención Primaria en Salud*, que en Honduras, como en otros países, había sido desvirtuado de su concepción original a finales de los ochenta. En total se revisan siete estrategias de atención. (Ver Anexos A, B y D)

Estrategias de Promoción de los Derechos Humanos

Los documentos que dan cuenta de las estrategias de promoción de Derechos Humanos son de tres tipos: directrices internacionales, estudios relacionados con el tema de estigma y discriminación en el espacio de los servicios de salud; y directrices

para el trabajo que desempeñan los organismos nacionales de defensa de los Derechos Humanos, desde una óptica proactiva, más que reactiva.

En relación con el primer tipo, en 2002 y 2006 respectivamente, se realizaron, la segunda y tercera Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos, de las cuales salieron una serie de directrices, que sirven como parámetros a los Estados Miembros del Sistema de Naciones Unidas, en relación con las responsabilidades institucionales, las revisiones de carácter legal que se necesitan, así como la promoción de entornos habilitantes para el respeto a las PVIH.

En relación con las directrices y recomendaciones para las instituciones nacionales sobre Derechos Humanos, la estrategia tiene un enfoque triple; de respuesta ante las violaciones a los Derechos Humanos; de vigilancia respecto de las violaciones, sobre todo en los ámbitos laborales; y de sensibilización y educación pública. Es de hacer notar el proceso evolutivo que la defensa de los Derechos Humanos ha habido en Honduras a lo largo de los años, como queda plasmado en los *informes de avance* respectivos; no obstante, dada la fragilidad institucional en el ámbito jurídico, los procesos de restitución del daño suelen ser demorados y no siempre satisfactorios. El total de documentos revisados en este apartado, es de seis. (Ver Anexos A, B y D)

Estrategias de Coordinación

Por último, se ha considerado importante incluir las estrategias de coordinación, toda vez que, paradójicamente, la profusión de iniciativas y de donantes, dio pie durante los primeros años de este nuevo siglo, a una serie de tropiezos en la implementación de las ayudas y los proyectos de cooperación, que ha generado dificultades para la evaluación de resultados y la eficiencia de las acciones realizadas.

A raíz de la *Declaración de París sobre Efectividad en la Cooperación*, de 2005, las agencias cooperantes bilaterales y multilaterales han establecido compromisos de cooperación para hacer más eficientes sus procedimientos para lograr las cuatro metas propuestas: *Alineación*, *Armonización*, *Apropiación* por parte del país receptor, y *Mutua responsabilidad*. Este proceso, en el caso de Honduras, como de otros países en gran medida dependientes de la cooperación externa para complementar la respuesta nacional, constituye de por sí un reto en términos de la responsabilidad que conlleva la toma de decisiones sobre el énfasis que se debe de dar en la respuesta y

los montos considerados a ser cubiertos por las agencias donantes. Se analizan seis documentos en este apartado, que versan sobre estos mecanismos en las agencias donantes y en el país. (Ver Anexos A, B y D)

c) *Los planes de la respuesta nacional*

Honduras comenzó a dar una respuesta ante el VIH y SIDA casi desde los comienzos de la aparición del primer caso en el país en 1985 a través, primero de una Comisión de Trabajo y Vigilancia sobre SIDA, instituida ese mismo año; y reformada posteriormente como Comisión Nacional de SIDA. Esos esfuerzos pioneros surgieron de la Secretaría de Salud, reuniendo a profesionales desde la División de Epidemiología, hasta el momento de creación del Programa Nacional de Control de SIDA PNS, quedando adscrito a esa misma División. Las directrices de trabajo del PNS se formularon por primera vez en 1990, con un Plan de Mediano Plazo 1990-1992, seguido de un Segundo Plan para los años 1993-1996.⁵²²

Con el surgimiento de ONUSIDA, se brinda el apoyo técnico a Honduras para la elaboración del documento de *Políticas Nacionales Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA* en 1999, que se trabajó y lanzó de manera conjunta con el *Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra el SIDA 1998-2001 PENSIDA*. En este apartado se analizan los tres planes estratégicos, PENSIDA 1998-2001; PENSIDA II 2003-2007; y PENSIDA III 2008-2012. (Ver Anexos A, B, E, F y G)

El primer plan o PENSIDA, tuvo tres objetivos:

“Disminución de la transmisión del VIH y otras ETS; Reducción del impacto social de la infección por VIH; y Coordinación y soporte de la respuesta nacional frente al SIDA.”⁵²³

Las estrategias contempladas en ese momento, enfatizaron en la reducción de la transmisión sexual, sanguínea y perinatal, en lo concerniente al primer objetivo; en tanto que en los restantes, las estrategias fueron de atención médica y psicosocial, así como el apoyo a las organizaciones de sociedad civil para la promoción y defensa de los Derechos Humanos. Grandes esfuerzos se realizaron en esa época para la gestión

⁵²² Secretaría de Salud. (1999) *Políticas Nacionales sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA*. Autor. Tegucigalpa, MDC. p. 9

⁵²³ Secretaría de Salud. (1999) Op. cit.

de la cooperación externa, con el propósito de conocer la dimensión y caracterización de la epidemia en el país.

Si bien, la concepción de este primer plan estratégico, como lo recoge el documento de *Análisis de la Situación y de la Respuesta Nacional en VIH/SIDA en Honduras*, se hizo con amplio criterio, la falla que se detectó fue en la *implementación* del PENSIDA. Los planes operativos en su inmensa mayoría fueron de carácter institucional, de la Secretaría de Salud, sobre todo en lo relacionado con la atención a pacientes, a la caracterización de la epidemia en términos epidemiológicos, así como el fortalecimiento de los servicios de laboratorio, necesarios para dicha caracterización epidemiológica.⁵²⁴

Por otro lado, la respuesta en el ámbito preventivo, provino mayormente de proyectos de la cooperación externa, como veremos en el apartado *Proyectos*; en tanto que, el tema de la *Promoción de los Derechos Humanos* tuvo un desarrollo alrededor de la organización de las PVIH, en la lucha por la aprobación de la *Ley Especial de VIH/SIDA* y el surgimiento del *Foro Nacional de SIDA*.

Un período de mayor madurez en la concepción del PENSIDA II se dio en 2002, al tomar como base el documento de análisis de situación y de la respuesta nacional del PENSIDA, que sugería:

“El problema del VIH/SIDA se debe abordar con una óptica multidisciplinaria...orientarse a la reducción de la vulnerabilidad...pobreza, especialmente la educativa...La estrategia de focalización en grupos nodales amerita revisión...La asistencia y prevención deben mostrarse en un sabio balance...La respuesta debe comprometer a la nación entera...Enfoque e implementación deben someterse a monitoreo y evaluación continuos”⁵²⁵

Para la elaboración del PENSIDA II 2003-2007, se realizó, por parte del Departamento de ITS/VIH/SIDA, una amplia convocatoria a diversas instituciones, organizaciones, agencias de cooperación, ONGs y asociaciones de sociedad civil, incluyendo a las propias PVIH, para debatir ampliamente y construir conjuntamente el

524 ESA Consultores (2002) *Análisis de la Situación y de la Respuesta Nacional en VIH/SIDA en Honduras. Informe Final*. Documento elaborado a solicitud de la Secretaría de Salud y ONUSIDA. Secretaría de Salud. Tegucigalpa.

525 ESA Consultores (2002) Op. cit. p. 9

segundo plan estratégico de manera participativa. La convocatoria fue un éxito y se desarrolló durante varios meses con talleres en las principales ciudades del país.

El plan surgido de este proceso, tuvo cinco áreas estratégicas: *Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva; Atención Integral; Gestión y Coordinación de Políticas Sociales; Promoción y Defensa de los Derechos Humanos; e Investigación Científica*. Desde el punto de vista de la concepción técnica, las áreas incluidas tienen una mayor coherencia y consistencia con los lineamientos teórico-metodológicos propugnados en documentos técnicos de una repuesta nacional ampliada.

Las principales estrategias preventivas, se enfocaron en el PENSIDA II, alrededor del concepto de *Salud Sexual y Reproductiva*; en tanto que en el área estratégica de *Gestión y Coordinación de Políticas Sociales*, la estrategia se visualizó alrededor de la *intersectorialidad* y del funcionamiento pleno de la CONASIDA como el ente rector y coordinador de la respuesta nacional; de igual manera, el área estratégica de *Investigación*, se visibilizó como algo más que estudios de corte epidemiológico, sino que se pretendió establecer una plataforma de gestión del conocimiento que pudiera direccionar la implementación del PENSIDA II a partir de estudios de línea base en cada una de las áreas estratégicas, no solamente en la vigilancia epidemiológica.

Lamentablemente, de nuevo, la implementación del PENSIDA II no se llevó a efecto conforme se previó en el proceso de planificación participativa, debido, entre otras cosas, a que no se previó ni concluyó en su momento un adecuado sistema de *monitoreo y evaluación*, con indicadores de proceso, de producto y de impacto, capaces de dar cuenta de los avances en la implementación de las actividades desarrolladas en cada una de las áreas estratégicas.

Es importante mencionar también que, en lo que atañe al financiamiento del PENSIDA II, éste no fue incluido en el plan como tal, sino que, como se ha explicado anteriormente, de manera paralela, concurría la situación de la elaboración de la propuesta de país para la primera ronda de proyectos del *Fondo Global*, que Honduras presentó. Esta situación significó, en la práctica, que el PENSIDA II quedara en una gran parte reducido a la coincidencia de metas, actividades y, sobre todo, financiamiento, proveniente del proyecto de Fondo Global, ejecutado de 2003 a 2008;

quedando, no obstante una gran parte sin ejecutar, particularmente aquellas acciones que fueron consideradas con una mayor visión *integral e interdisciplinaria*.

Prueba de esto son los datos recogidos en el único informe que se tiene del país sobre la Medición del Gasto en SIDA MEGAS, publicado en el año 2006 por la Secretaría de Salud, y que fue elaborado con apoyo técnico y financiero del Banco Mundial. Según este estudio, la contribución financiera del proyecto de Honduras ante el Fondo Global para 2006 representó la fuente financiera más importante del país, por encima de lo aportado por el Gobierno Central, al que le sigue, en tercer lugar la contribución de USAID. Es de hacer notar que el monto de la cooperación extranjera en total fue, para ese año, de más del doble que el aporte nacional.

Ese mismo informe, revela que, si bien, el mayor porcentaje de inversión se realizó en estrategias preventivas, las mismas, se centraron principalmente en la distribución de condones, tratamiento de las ITS y detección voluntaria de VIH a través de pruebas rápidas, en vez de centrarse en estrategias de naturaleza *horizontal e intersectorial* para la prevención, como ser las acciones educativas.⁵²⁶

Otro aspecto digno de mención en lo concerniente al rumbo de la ejecución del PENSIDA II fue el énfasis que se dio en el componente de Atención Integral a las PVIH, en la implementación del modelo de atención en los *Centros de Atención Integral*, sobre todo en lo que se refiere a la provisión de medicamentos ARV, el desarrollo de los mecanismos logísticos para poder hacerlo, así como la preparación de los recursos humanos institucionales adscritos a los CAI.

La combinación de todo lo anterior: amplia participación en el diseño, escasa operacionalización de lo planificado, financiamiento ya destinado solamente para lo incluido en la propuesta elaborada para *Fondo Global*, debilidad en el funcionamiento de CONASIDA, inexistencia de planes de monitoreo y evaluación del PENSIDA; daría como resultado una evaluación de desempeño, de parte de una misión del Banco Mundial, previo al apoyo técnico-financiero que se le dio a Honduras para la elaboración del PENSIDA III, en la cual, según la estrategia de planificación publicada por dicho organismo en 2007, había que planificar, *guiándose por resultados*, y

⁵²⁶ Secretaría de Salud/Banco Mundial (2006) *Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) 2006*. Secretaría de Salud Tegucigalpa. p. 15

basándose en la evidencia existente en ese momento y que, por tanto, la forma de planificación tendría que realizarse a partir de la evidencia disponible.⁵²⁷

La paradoja en este planteamiento, que era más bien un llamado a la eficiencia por parte de Honduras, era que la única evidencia disponible para ese entonces, era de índole epidemiológico, *en las únicas poblaciones para las cuales había habido financiamiento para ser investigadas*; por lo que, desoyendo las recomendaciones que se dieron previo a la elaboración del primer PENSIDA, en el sentido de no quedarse únicamente en acciones preventivas dirigidas a los denominados “grupos vulnerables”, o como se les conoce ahora, “poblaciones en mayor riesgo PEMAR”; y sin considerar las limitaciones financieras y de implementación, así como de evaluación que tuvo el PENSIDA II; el énfasis que recomendó la misión del Banco Mundial, al prestar el apoyo técnico en el proceso de construcción del PENSIDA III fue tajante: dirigir las acciones preventivas únicamente hacia las PEMAR.

De nuevo, la construcción del PENSIDA III, en el 2007, contó con el concurso de un amplio número de profesionales y miembros de la sociedad civil que participaron en talleres para su elaboración. Lamentablemente, a diferencia del PENSIDA II, el área estratégica sobre *Investigación* fue eliminada, y en el caso de la *Promoción y Defensa de los Derechos Humanos*, se consideró como un eje transversal.

Las áreas estratégicas que fueron consideradas en el PENSIDA III fueron: *Política Pública y Gestión Social*; *Promoción de la Salud para la prevención del SIDA*; *Atención Integral*; y se dedicó un apartado especial para el desarrollo del *Plan de Monitoreo y Evaluación*, que tiene que dar cuenta de los progresos periódicos en la implementación del PENSIDA III.

Las principales estrategias que se contemplaron fueron, para el área de *Política Pública y Gestión Social*, la coordinación, concertación y armonización de acciones políticas; así como el diálogo para la construcción de consensos. Igualmente, se ha considerado la aplicación del marco legal en el tema de VIH/SIDA y otras leyes vinculantes. Finalmente, se han considerado como estrategias clave, el fortalecimiento

⁵²⁷ Rodríguez García, R. y Kuselk, J. (2007) *Using Strategic Information to Improve Policy and Planning. A Handbook for Planners*, The World Bank. Washington, D.C.

de la CONASIDA y los mecanismos de auditoría social para garantizar la transparencia.⁵²⁸

Para el área estratégica de *Promoción de la Salud para la Prevención del SIDA*, las estrategias de demostrada eficacia que se enuncian son, la prevención focalizada en grupos de mayor vulnerabilidad, la disponibilidad de pruebas diagnósticas con consejería, el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, la aplicación de normas universales de bioseguridad, la prevención de la transmisión madre-hijo(a), programas que aborden la violencia de género y la masculinidad patriarcal, la movilización socio-cultural de los jóvenes, la educación de los jóvenes en el sistema educativo formal, las estrategias continuas y permanentes de *Información, Educación y Comunicación* a través de medios de comunicación masiva, y la coordinación multisectorial, intra e interprogramática.⁵²⁹

Finalmente, el área estratégica de *Atención Integral*, tiene como estrategia principal, la oferta de:

“Servicios de atención integral a las personas con VIH y Sida... orientados hacia la promoción, prevención, atención del daño y rehabilitación en salud; en el contexto de la familia y la comunidad, con el fin de mejorar la calidad de vida”⁵³⁰.

Los servicios de atención integral se desarrollan bajo el modelo de OPS “*Paso a Paso*”, de acuerdo a escenarios y niveles de atención, acordes al nivel de complejidad de los establecimientos, los cuales se ven fortalecidos con el desarrollo de la estrategia, que se basa en los principios de “*Acceso universal a la atención integral para personas con VIH*” y “*Acceso universal a tratamiento para personas con VIH*”. Esta última consta de cuatro componentes: “*Manejo clínico y laboratorio y control médico mensual; Cuidados de enfermería; Consejo y apoyo emocional; y Apoyo familiar y social.*”⁵³¹

d) Los principales *proyectos de la Cooperación Externa*

⁵²⁸ Comisión Nacional de SIDA CONASIDA (2007) Op. cit. p. 54

⁵²⁹ Comisión Nacional de SIDA CONASIDA (2007) Op. cit. p. 61

⁵³⁰ Comisión Nacional de SIDA CONASIDA (2007) Op. cit. p. 73

⁵³¹ Comisión Nacional de SIDA CONASIDA (2007) Op. cit.

De igual manera como se explicó en el apartado de *Estrategias*, un reto metodológico importante del presente estudio, fue la selección de proyectos de la cooperación que permitieran dar una idea de las tendencias de estos mecanismos de apoyo de la comunidad internacional hacia la respuesta nacional, de los cuales podamos extraer algunas conclusiones en relación a su importancia discursiva y política, con implicaciones directas en la *gobernanza* nacional en la respuesta.

La estrategia metodológica fue, pues, escoger en cada lustro, un proyecto de la cooperación internacional, que hubiera tenido implicaciones en la conformación de la respuesta nacional, desde las cuatro áreas estratégicas clave: *Prevención, Atención, Derechos Humanos y Monitoreo y Evaluación de la Respuesta*. Con esos criterios en mente, se seleccionaron cinco proyectos. (Ver Anexos A, B y H)

Proyecto de Control y Prevención del SIDA AIDSCAP

Financiado por la USAID, durante el período de 1994-1997 y ejecutado por *Family Health International*, con un monto de \$ 2, 500,000.00, el proyecto *AIDSCAP*, tuvo como contribuciones reportadas en la finalización del proyecto, el incremento en el uso del condón en aquellas poblaciones atendidas, la diseminación de información sobre conducta sexual responsable; y el fortalecimiento de las capacidades administrativas y técnicas de las organizaciones no gubernamentales que ejecutaron las actividades del proyecto. El proyecto AIDSCAP marcó la época de la conformación de ONGs “sombrilla” que han servido como implementadoras de los proyectos de prevención, en ausencia de actividades de esa naturaleza que sean desarrolladas por la Secretaría de Salud o cualquier otra institución gubernamental.⁵³²

Proyecto Acción SIDA en Centroamérica PASCA

Con un modelo más amplio y ambicioso, el proyecto PASCA, desarrollado en Honduras entre 1998 y 2003, y financiado por USAID, fue ejecutado por *The Futures Group*, con una estrategia de visibilizar el ambiente político del tema de VIH y SIDA, tanto en la población general, en relación con el *estigma* y la *discriminación*, como a nivel de las autoridades gubernamentales y líderes de los sectores, público y privado, en temas sensibles como la legislación y el tratamiento dado a las poblaciones móviles. PASCA fue pionero también en formar alianzas con sectores

⁵³² AIDSCAP *Draft Press Release*. Julio 25, 1997. Tegucigalpa.

gubernamentales y académicos, para la realización de estudios de prevalencia y conducta en grupos vulnerables, que sirvieron como base para la toma de decisiones en relación con las estrategias de prevención y atención y programas preventivos en ambientes laborales.⁵³³

Proyecto Comunicando Cambio para la Vida COMCAVI

El proyecto COMCAVI, desarrollado en dos momentos, de 2002 a 2004, con una segunda fase de 2005 a 2008, con un monto de \$ 7,400,000.00, fue financiado también por USAID y ejecutado por la Academia para la Educación y el Desarrollo AED, se desarrolló bajo el mismo esquema de AIDSCAP, a través de ONGs amparadas en otras ONG “sombrillas”, para poder potenciar aquellas organizaciones pequeñas o débiles técnica y financieramente, siendo uno de sus propósitos, precisamente, el fortalecimiento de dichas ONG con miras a su sostenibilidad en el tiempo, que les permitiera solicitar fondos ante el Mecanismo Coordinador de País del Fondo Global una vez concluyera el proyecto COMCAVI.

El propósito principal del proyecto fue la prevención del VIH y SIDA a través de la consejería y prueba voluntaria en diferentes localidades del país, que no hubieran tenido acceso a ella a través de los servicios de salud regulares; igualmente se realizaron actividades de información, educación y comunicación a través de modelos educativos diversos. No obstante el éxito en relación al acceso a la prueba voluntaria, la evaluación final del proyecto destaca que las ONG beneficiarias no lograron fortalecerse al punto de poder estar en condiciones de elaborar sus propias propuestas en el futuro; y también subraya ciertas debilidades en la implementación de las estrategias educativas utilizadas, por lo que no se puede asegurar la sostenibilidad de los cambios de comportamiento a futuro.⁵³⁴

Proyecto Fortalecimiento Nacional para la protección y promoción de la salud en VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en Honduras

Esta iniciativa es financiada por el Fondo Global para la lucha contra la Tuberculosis, SIDA y Malaria, por lo que comúnmente se le conoce como el proyecto

⁵³³ <http://www.pasca.org/node/70> Consultada el 3 de octubre de 2011

⁵³⁴ Barber-Madden, R., Velasco, E. y Schnell, C. (2008) *Evaluation of COMCAVI HIV/AIDS Umbrella Grant Program in Honduras*. United States Agency for International Development. Washington, DC.

del Fondo Global. Este proyecto, que tuvo como receptor principal durante su ejecución, del 2003 al 2008, al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, en el componente de VIH/SIDA recibió un monto de más de veintisiete millones de dólares, por lo que, en su momento, se convirtió en el principal aporte financiero para Honduras, en lo que concierne a la atención integral a PVIH, siendo responsable de la implementación en Honduras del modelo de atención conocido como Centro de Atención Integral CAI, el cual desarrolló la estrategia de atención de la OPS, conocida como “Atención a Personas VIH Paso a Paso por Escenarios y Niveles”.

Algunos otros logros de este proyecto, fueron el fortalecimiento de los servicios a PVIH a través de la dotación de infraestructura y equipamiento, la provisión de suministros, especialmente los medicamentos ARV, los medicamentos para el tratamiento de infecciones oportunistas y los reactivos necesarios para las pruebas de laboratorio requeridas en la atención a las PVIH. Otros logros que se le atribuyen en la evaluación final a este proyecto son los cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en los grupos meta, así como los cambios en la incidencia y prevalencia de las ITS y VIH en dichos grupos.⁵³⁵

El proyecto del Fondo Global también tuvo un componente dirigido hacia el fortalecimiento de un Modelo de abordaje de la problemática de VIH/SIDA, con modelos de gestión descentralizados, cierto grado de protagonismo de las poblaciones meta; y, como se ha manifestado ya anteriormente, a pesar de que se han desarrollado equipos multidisciplinarios, con conocimientos y trato humanizado en los servicios que se prestan en los CAI, según las evaluaciones realizadas, aun sigue prevaleciendo una visión biomédica y a veces estigmatizadora de la epidemia en estos centros.⁵³⁶

Programa Global de SIDA Oficina Regional de Centroamérica GAP-CAP

Este proyecto, financiado por el gobierno de los Estados Unidos de América, a través de su agencia especializada para el control del VIH y SIDA en la región centroamericana CDC-GAP-CAP, presenta la particularidad de ser uno de los

⁵³⁵ ANED Consultores. (2008) *Evaluación del Impacto del Proyecto Fortalecimiento Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria. Informe Componente VIH SIDA*. Tegucigalpa, MDC.

⁵³⁶ ANED Consultores. (2008 Op. cit.

proyectos que están invirtiendo más y de una forma más directa para el fortalecimiento institucional del Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud de Honduras. El proyecto ha venido desarrollándose desde 2005, con el propósito de proporcionar asistencia técnica *in-situ* para el mejoramiento de sus capacidades para implementar y evaluar programas de vigilancia epidemiológica, incluyendo la *Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación*, que considera las conductas de riesgo de la población. Se pretende, al finalizar el proyecto, que la construcción de capacidades nacionales, sea sostenible a largo plazo.

Entre los logros que se han obtenido a la fecha en este proyecto, que aún continúa, están estudios de Prevalencia y Vigilancia del Comportamiento en poblaciones específicas, de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres HSH, trabajadoras sexuales TS, población garífuna y PVIH; han tenido también avances en la elaboración del Plan de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de SIDA; y el fortalecimiento de las capacidades del Laboratorio Nacional de VIH, actividad realizada en coordinación con el Proyecto VIH/SIDA del Banco Mundial; igualmente, se han fortalecido las capacidades de los recursos humanos de la Secretaría de Salud en lo concerniente a la planificación, implementación y análisis de información para la vigilancia en VIH y SIDA, lo cual redundará en el mejoramiento de las condiciones para brindar respuestas más tecnificadas.⁵³⁷

e) Los *informes de avance*

Los *informes de avance* que se analizaron, son de dos tipos: informes de avance de los años 2003, 2005 y 2008, presentados por el Estado de Honduras ante la Asamblea de las Naciones Unidas en respuesta a la *Declaración de Compromiso ante el VIH y SIDA UNGASS* de 2001; e informes del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos CONADEH, de los avances en la promoción y respeto de los Derechos Humanos en relación con el VIH y SIDA de los años 2003 y 2005. En ambos tipos de informes, se analizó el discurso y sus implicaciones políticas, a través de los indicadores que se han ido incluyendo y/o desechando en cada momento. (Ver Anexos A, B y J)

El énfasis en el análisis de este tipo de documentos, más que en los logros o avances reportados en los mismos, se ha puesto en el *tipo de indicadores* para medir

⁵³⁷ <http://200.119.132.140/cdc/?q=es/node/49> Consultada el 3 de octubre de 2011

los avances, que en sí, se constituyen en elementos conceptuales, presentes a través de las tecnologías instrumentadas e implementadas.

Los documentos analizados, dan cuenta, a lo largo del tiempo, de los *discursos* predominantes y de cómo han permanecido o variado, influyendo y siendo a su vez, producto de decisiones políticas a partir de quienes los han esgrimido y defendido a través de diferentes *dispositivos*, que se discuten en los siguientes capítulos. Es importante destacar aquí, que la objetivación del amplio tejido institucional orquestado en torno al VIH y SIDA, tanto a escala nacional como internacional, pone bien de manifiesto la importancia de nuestro ámbito de estudio, atravesado todo él por una voluntad de solidaridad, pero también por intereses diversos y *relaciones de poder*.

**CAPÍTULO VI. DISCURSOS, PODERES, SUJETOS. LOS
PARADIGMAS DE LAS FORMACIONES DISCURSIVAS Y
SU APLICACIÓN AL CASO DEL VIH Y SIDA EN
HONDURAS**

CAPÍTULO VI. DISCURSOS, PODERES, SUJETOS. LOS PARADIGMAS DE LAS FORMACIONES DISCURSIVAS Y SU APLICACIÓN AL CASO DEL VIH Y SIDA EN HONDURAS

La lógica subyacente a la estructuración del presente capítulo es mostrar, de manera separada, cómo se estructura el *orden del discurso* a través de las *formaciones discursivas* y de las *formaciones no discursivas* sobre VIH y SIDA en Honduras. Por tal razón, el capítulo se compone de dos secciones; en la primera se abordarán por separado cada uno de los elementos de las *formaciones discursivas*: *objetos*, *formas enunciativas*, *conceptos* y *estrategias*, identificados en los documentos analizados. Para dicha identificación se atendió a los criterios de *tipo de documento* y de *época* o *período temporal* del documento en mención. Se consideró también el criterio de agente *emisor*, considerando los criterios ya expuestos anteriormente sobre esta rúbrica. La segunda sección del capítulo se dedica a presentar, bajo los mismos criterios mencionados, los hallazgos sobre los elementos de las *formaciones no discursivas*: *autoridades*, *mecanismos de autoridad*, *tecnologías de implementación* y *metas estratégicas de poder*. En la exposición sobre los diferentes elementos que integran las *formaciones discursivas* y *formaciones no discursivas* se incorporan también las aportaciones brindadas por las personas entrevistadas.

Los componentes de las *formaciones discursivas*

Según la propuesta teórico-metodológica foucaultiana, en las *formaciones discursivas* se pueden distinguir los *objetos*, las *formas de enunciación*, los *conceptos* y las *estrategias*, los cuales se presentan a continuación en dicho orden, considerando los criterios mencionados al inicio del capítulo.

a) Los *objetos*

El VIH y SIDA surge como tal, antes de tener un nombre y de ser identificado como un *objeto*; es decir, surge primero como una entidad nosológica, no identificada, ni identificable, más que en sus manifestaciones clínicas, en 1981, con el surgimiento

del caso cero teórico; no obstante se discute que ese caso cero identificado, coexistía con otros muchos más que no fueron conocidos o que lo fueron en fechas posteriores.

Lo que importa en todo caso es que en 1982 el *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA* nace como objeto, al ser descrito por los *Centers for Disease Control* CDC de Atlanta. Precisamente, como su nombre lo dice, un *Síndrome*, es decir, una entidad clínica con múltiples manifestaciones a nivel sistémico, producida por una deficiencia en la capacidad del organismo para lidiar con microorganismos que le invaden; lo cual dada la severidad de la condición que provoca, acaparó la atención sobre la necesidad urgente de identificar sus agentes causales, para poder dar una respuesta a la creciente ola de pacientes identificados. Temporalmente, entonces, surge primero el *objeto* SIDA, al identificarse la entidad clínica que comenzó a ser caracterizada a nivel mundial, conforme se daban los reportes sobre su aparición.

El conocido patrón encontrado en las primeras poblaciones afectadas- no lo olvidemos, *hombres homosexuales, haitianos, consumidores de heroína y hemofílicos*- constituyó, aún antes de saber cuál era el agente causal de la entidad SIDA, pero considerando su capacidad de deterioro de las condiciones de vida y su estrecha vinculación con un desenlace fatal de las personas que lo padecían, que las reacciones del público, pero sobre todo, de los trabajadores de salud alrededor de la respuesta que había que dar a estos pacientes, provocara temor, rechazo e inclusive *estigma* y *discriminación* alrededor de los pacientes que eran diagnosticados con SIDA. Esta situación generalizada, provocó que el *estigma* y *discriminación*, se convirtiera *per se*, en un *objeto* de discurso.

Esta situación se dio, igualmente en Honduras, de una forma severa, al punto de impedir siquiera a las personas afectadas, el acceder a servicios de atención en salud:

“...eran un montón de anécdotas de pacientes como el Medioevo, les tiraban la comida, así por las rendijas de la puerta, cosa horrorosa, gente muriendo en la calle en San Pedro Sula, las monjitas de la Madre Teresa entonces abrieron el primer refugio para pacientes, el primer albergue...” E
2

La fuerza con que surge el fenómeno SIDA provocó simultáneamente dos tipos de urgencias, por un lado una urgencia para la búsqueda del agente causal, el cual provocó entre los especialistas de las ciencias de la vida una carrera para identificar la

etiología de la enfermedad. Los investigadores eran conscientes de la repercusión que esto tendría para la reputación científica del equipo que fuese el primero en objetivar las raíces del mal. El honor le correspondió a los investigadores Luc Montagnier y Robert Gallo, quienes, de forma, algo simultánea, pero rodeada de polémicas alrededor de plagios de descubrimientos científicos previos, (sin los cuales no hubiera sido posible la identificación del agente responsable), finalmente llevaron a la identificación conjunta, en 1985, del *Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH*, como responsable del SIDA. Este tercer *objeto*, el VIH, vendría a constituir la doble entidad VIH/SIDA, como *objeto* de discurso y a consolidar el carácter biomédico o microbiológico-clínico de los discursos con ella relacionados.

Con el apoyo de una prueba microbiológica apta para la detección del VIH, se abrían de par en par las puertas para incrementar la investigación epidemiológica, a través de la aplicación de su arsenal tecnológico, en el mapeo de la situación de VIH a nivel mundial. Viendo retrospectivamente esa situación histórica, el hecho de que en dicha empresa se haya involucrado en los orígenes del fenómeno el Dr. Jonathan Mann, le permitió cobrar en su conceptualización y abordaje, un giro más allá del que se había dispensado a epidemia alguna en la historia.

Con una formación como médico, y habiendo trabajado como epidemiólogo para los CDC, Mann cursó su Maestría en Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. A inicios de la epidemia Mann trabajaba en Zaire, donde instituyó un proyecto de investigación colaborativa conjuntamente con los CDC y el Instituto de Medicina Tropical con sede en Bélgica, a resultas del cual, en 1986 se le nombró Director del incipiente *Programa Mundial de SIDA* de la OMS. De su gestión en esa posición, provino la primera reunión mundial realizada con más de un centenar de Ministros de Salud del mundo para discutir sobre un solo problema: el SIDA.

Tras la experiencia africana, Mann tenía claro que eran los factores sociales y culturales los que alimentaban la epidemia, la marginación social, la discriminación; en esencia, Mann puso sobre el tapete de discusión el *objeto* de discurso hacia el cual había que dirigirse: los *Derechos Humanos*. Su trabajo, mientras estuvo en el cargo de Director, estuvo destinado a destacar que la pandemia mundial debía ser abordada como un problema de *incumplimiento de los Derechos Humanos*.

El entramado estaba armado en este momento. Cuatro objetos, distantes y cercanos entre sí, que debían articularse alrededor de un quinto *objeto*: la *persona viviendo con VIH* o *PVIH*, la cual se convierte en *objeto*, debido a varios factores. Ataño a las condiciones políticas que se dan en el surgimiento mismo de la epidemia. Razones ligadas al *estigma y discriminación*, nos hacen contemplar a las *PVIH* como *objeto* discursivo mundial, primero ligadas a la discriminación, al tratarse de una patología vinculada con la muerte, y con el deterioro progresivo; de igual forma, con el ejercicio de la sexualidad, y por extensión, a las preferencias sexuales y la identidad sexual.

En un momento más avanzado de la epidemia, se convierten las *PVIH* en *objeto*, debido a las restricciones legales, migratorias y laborales que conculcan sus derechos humanos; y, más recientemente, se convierten en *objeto*, a través de la lucha por la consecución de medicamentos, y las cruzadas de abogacía internacional, que se han venido dando desde 1994, alrededor de la Estrategia GIPA, hasta llegar a la Asamblea de UNGASS en 2001, para la obtención de fondos para la respuesta al VIH, dada su característica *excepcionalidad*; hasta llegar a la consecución de los Acuerdos de Doha, en 2001, con la lucha por la liberación de patentes para los países que declaran emergencia sanitaria.

Por otro lado, la condición del VIH de ser una infección lenta para desarrollar la sintomatología y criterios para desarrollarse como SIDA, permiten a las personas afectadas, así como a las instituciones encargadas de la respuesta, desarrollar unos términos de relación, que en los inicios de la epidemia acusó rechazo de parte de los trabajadores de salud, así como reacciones de marginamiento y violencia de parte de la sociedad, que obligaron a encarar la situación en términos de *respeto de los Derechos Humanos* de las personas afectadas.

No obstante, el talante de los *Derechos Humanos* sobre los cuales argumentaba Jonathan Mann, iban mucho más atrás del momento de adquirir un virus; se sumían de lleno en las condiciones de vida y los determinantes sociales y culturales que perfilan, como se ha podido comprobar a lo largo de las décadas transcurridas, en los patrones de transmisión, tasas de incidencia y de prevalencia; las enormes diferencias existentes, dependiendo de la región geográfica de que se trate, con la cual van aparejadas las condiciones de respeto o falta de respeto de los *Derechos*

Humanos, sobre todo de aquellos considerados de *segunda generación*, es decir, los vinculados con las condiciones de vida.

Tenemos entonces, cinco *objetos*, por así decirlo, primigenios u originales: *SIDA*, condición clínica significativa de un *síndrome*; *VIH*, vinculado a la condición de seropositividad de una persona; *estigma/discriminación*, que se genera en las sociedades ante las personas que han sido diagnosticadas y son señaladas; *Derechos Humanos*, como elemento condicionante para el aumento de las posibilidades de infección; y *PVIH*, como *sujeto* en proceso de surgimiento.

Existe polémica en algunos círculos académicos en relación con lo acertado o erróneo que ha sido la atribución del carácter de *excepcionalidad* al VIH y SIDA a nivel mundial, con el consiguiente compromiso y acción de recaudar cantidades impresionantes de fondos económicos, tanto para la respuesta de tipo preventivo, pero sobre todo para la compra de medicamentos a escala única. Ciertos académicos incluso plantean que al VIH y SIDA, se le ha dado un carácter de sector económico, más que de una patología, al contar con su propia agencia dentro del Sistema de Naciones Unidas, el ONUSIDA. Se preguntan por qué existen, o tienen un carácter tan poderoso las PVIH y no, por ejemplo los pacientes viviendo con hipertensión o las personas muriendo de neumonía o de diabetes, que en conjunto matan a más personas que el SIDA.⁵³⁸ La interrogante sobre qué mecanismos de poder existen detrás de ellos, es decir, qué es lo que ha permitido gestar este tipo de compromiso y ayuda internacional, será retomada al analizar las *prácticas no discursivas*.

Con el correr de los años fueron surgiendo otros *objetos* que, paradójicamente, impidieron u ocultaron la posibilidad de que otros *objetos*, de suyo, fueran partícipes de la conceptualización y las estrategias requeridas para su correspondiente abordaje.

En la primera estrategia mundial aprobada por la OMS, en el año 1987 se habla de *Prevención del SIDA*, para lo cual se insta a desarrollar programas de *Educación*, como “...la clave para la prevención y el control del SIDA”⁵³⁹; también se hace mención de que la mejor manera de poner en marcha la atención hacia este fenómeno, son las estructuras de los servicios de salud, tomando en consideración la

⁵³⁸ England, R. “The message is in the wall for UNAIDS”. *BMJ* 10 May 2008 Volume 336 p. 1072

⁵³⁹ Organización Panamericana de la Salud (1988) Op.cit.

conceptualización y avances acordados años antes, en relación con a la *Atención Primaria en Salud*, producto de la *Conferencia sobre Atención Primaria en Salud* de Alma Ata, en 1978.

Estos *objetos* en el discurso de las *políticas*, habrían de materializarse de forma distinta, como se verá en el resto de este capítulo, al tiempo que surgieron otros *objetos*, cuya presencia sería más decisiva para la toma de decisiones. En la *Reunión Cumbre de Jefes de estado y de Gobierno*, realizada en París en 1994, surge el *objeto Persona en Mayor Riesgo PEMAR* o *Personas en Mayor Vulnerabilidad*, de la cual se destacan sus condiciones de mayor vulnerabilidad para adquirir la infección, sin especificar precisamente las razones de dicha vulnerabilidad. De igual manera se refrenda el *objeto Estigma/Discriminación*, al destacar la necesidad de un mayor involucramiento de las *PVIH* en la planificación y desarrollo de las acciones de respuesta que emprendieran los Estados parte, razón por la que el *empoderamiento*, surge a su vez, como *objeto* de discurso.

A partir de esta reunión y a través de una serie de estrategias se instala también el *objeto* de discurso *Atención Integral*, el cual, en adelante, será utilizado de diversas formas y con diferentes propósitos, como se verá más adelante al discutir sobre los *conceptos y estrategias*.

A través del tiempo desde la aparición de la epidemia y hasta el año 2008; así como en los diferentes tipos de documentos analizados, los *objetos* más constantes en los documentos analizados han sido los de *Persona Viviendo con VIH PVIH*, *Derechos Humanos*, *Educación*, *Empoderamiento*, *Población en Mayor Riesgo PEMAR* y *Atención Integral*. Estos términos operaron como paradigmas de los discursos.

Por oposición, algunos *objetos* brillan por su ausencia, en el sentido de que, como veremos al mostrar los resultados sobre *conceptos y estrategias*, no se guarda coherencia entre la aparición de algunos *objetos* y la posterior no aparición de otros que, de suyo debieran estar presentes. Entre los escasamente mencionados están: *Población General*, *Niñez Huérfana por SIDA*, *Apoyo*, *Atención Primaria en Salud* y *Salud Sexual y Reproductiva*.

b) Las formas de enunciación

Las *formas enunciativas* que han sido más utilizadas dentro del corpus de documentos analizado son, los *planes, programas y estrategias*. A la par, también son *formas enunciativas* menos trascendentales, las *políticas* y los *informes de avance*.

A pesar de no constituirse en mayoría, las *políticas* que se han vinculado al tema han estado caracterizadas por algunos procesos que, a nivel mundial, impulsaron el tema de los *Derechos Humanos* y que permitieron que el mismo se tornara visible al interior de muchos países, incluyendo a Honduras; como ser la conceptualización de los *Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, los cuales desde la promulgación de los Pactos Internacionales, sobre todo el *PIDESC*, había tenido muy poca trascendencia. Ha tenido también consecuencias positivas, la celebración de la *Conferencia Mundial de Derechos Humanos*, celebrada en Viena, Austria, en 1993, inclusive a nivel nacional, con la creación del *Comisionado Nacional de los Derechos Humanos* y también contribuyó con el espíritu de la creación de la *Ley Especial de VIH/SIDA*, en 1999. (Ver Anexo C)

Producto de esos eventos, así como de los movimientos sociales que se organizaron a inicios de los años ochenta, alrededor del respeto de los derechos de las personas VIH positivas, comienzan a emitirse una serie de estrategias que llevan como propósito, articular planes y programas que permitieran dar el difícil paso de objetivar la promoción y el respeto de los *Derechos Humanos* a través de acciones concretas. Es así que hacia finales del siglo XX, comienzan a incrementarse, en atención a un proceso de reorganización realizado al interior de las agencias del *Sistema de las Naciones Unidas* durante los años ochentas y gran parte de los noventa del siglo pasado, una serie de estrategias, en relación con la situación, de *Planificación, Prevención, Atención, Promoción de los Derechos Humanos*; y, últimamente, ya en este siglo, las *Estrategias de Coordinación*, entendidas estas últimas, como coordinación entre las propias agencias cooperantes y los gobiernos.

Es de destacar en este apartado, que en el caso de Honduras, el Estado no ha contado hasta la fecha de revisión del presente estudio, en 2008, con una *Estrategia de Prevención*, ni con una *Estrategia de Promoción de los Derechos Humanos*. En ambos temas, lo que ha tenido el país, son proyectos, apoyados por la cooperación internacional, desligados de las estructuras institucionales permanentes, como es el caso de la atención clínica para las PVIH. Dichos proyectos presentan la limitación de no ser sostenibles en el tiempo, ya que al concluir los mismos, no siempre se les da

seguimiento, lo cual ha sido característico en los temas de *prevención del VIH* y en el de *promoción y defensa de los Derechos Humanos* en Honduras; pero más que todo, esta situación dice mucho sobre las prioridades del país en la respuesta nacional, las cuales han girado alrededor de la *atención clínica*. (Ver Anexo D)

La articulación del ONUSIDA como reemplazo del Programa Mundial de SIDA de la OMS ocurre, durante los años noventa, paralelamente a la incorporación en el campo de las políticas de salud del Banco Mundial, oficializando así el rol de esta entidad bancaria en el tema; y pasando a oficializarse a la salud como asunto económico en términos de costo-beneficio, como lo atestiguan las recomendaciones aportadas en las políticas emanadas de esta agencia financiera internacional, en el emblemático primer documento emitido por el Banco Mundial en 1997, *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*.

Las diversas *estrategias* que se han dado a lo largo de los años, principalmente por las agencias multilaterales del *Sistema de las Naciones Unidas*, con ONUSIDA a la cabeza, han pretendido brindar apoyo técnico a los países, sobre todo los de menores recursos económicos y técnicos para una adecuada respuesta; no obstante, algunas críticas que se hacen a estas agencias y su forma de operar, aluden a la asunción de condiciones “no parejas” o de una base estructural institucional débil, que en muchas ocasiones, como es el caso de Honduras es frágil técnica y políticamente, y por tanto, los aportaciones recibidas no son suficientemente aprovechadas, ni para el fortalecimiento institucional, ni a través de los recursos humanos locales; como tampoco llegan a satisfacer las necesidades para las cuales se programaron.⁵⁴⁰

Otra de las situaciones que se viven al tratar de implementar o aprovechar las *estrategias* proporcionadas a manera de apoyo técnico, de parte de las agencias del *Sistema de Naciones Unidas*, sean estas de *planificación*, de *prevención* o de *promoción de los Derechos Humanos*, y que se relaciona con el punto anterior, tiene que ver con la estructura institucional que las pondría en operación, a través de los programas existentes en la institución.

⁵⁴⁰ Parker, R. “Administering the Epidemic: HIV/AIDS Policy, Models of Development and International Health”. In: Whiteford, L.M. & Manderson, L. (Eds.) (2000) *Global Health Policy, Local Realities. The Fallacy of the Level Playing Field*. Lynne Rienner Publishers, Inc. Boulder, CO.

Las *estrategias* a las que me refiero frecuentemente aluden a la realización de acciones a través de diversas poblaciones con las cuales se desarrollan; de igual manera, apelan a una base conceptual y técnica, que da por sentada una formación del recurso humano de carácter *interdisciplinario* –más que una instrumentalización multidisciplinaria- capaz de generar debates, consensos y labores profesionales complementarias respecto de las acciones programadas. Lamentablemente, esos supuestos de entrada, en relación a la existencia de tal tipo de estructura institucional y recurso humano, muy pocas veces se han dado en la práctica.

La relación o interrelación lógica, idealmente debería de atender a la siguiente secuencia: se dictan, emiten o suscriben *políticas*, a manera de *leyes*, que pueden provenir de *acuerdos*, *declaraciones* o *pactos* a nivel internacional o pueden ser originadas nacionalmente. A partir de dichas políticas, se adoptan o adaptan las *estrategias* pertinentes, sean estas para los procesos de *planificación*, de *prevención*, de *atención* a las personas, o de *promoción de los derechos humanos*.

El problema se presenta en el momento de llevarlas al terreno operativo, en el cual, más allá de las buenas intenciones de las autoridades involucradas, al realizar eventos de naturaleza participativa para la elaboración de completos *planes estratégicos*, en los cuales todos los sectores convidados pueden hablar y externar sus inquietudes; los mismos no son factibles de ser llevados a la práctica en atención a varias razones.

En primer lugar, los *planes estratégicos* establecen la realización de todo tipo de acciones con el concurso de diversos sectores, responsables cada uno de ellos, en cierta medida, del cumplimiento de los mismos; incluyendo las aportaciones presupuestarias, con las que cada uno de estos sectores debe de contribuir. En el caso de la respuesta nacional de Honduras, la dificultad aparece cuando, del ejercicio de planificación estratégica multianual, que se va realizando ya por tercera ocasión con el último PENSIDA III, se comprueba que lo que se recoge del mismo, corresponde principalmente a la Secretaría de Salud, y dentro de ésta, un gran porcentaje se refiere a actividades que se realizan a través de *proyectos* de cooperación externa. (Ver Anexos E, F, G e I)

La estructura institucional de tipo *vertical*, en el caso de la Secretaría de Salud, articulada alrededor de patologías, carente de mecanismos efectivos para la

transversalidad en la programación de acciones, ha derivado en la tercerización de muchas acciones que han podido realizarse, en virtud de funcionar de manera paralela al sistema institucional. Ya sea que se trate de labores encaminadas a la *prevención* del VIH, a la *atención* de las PVIH, o a realizar acciones dirigidas hacia la población general, las posibilidades de realización de estas acciones, estará dada por la condición de realizarse al margen de las estructuras institucionales, en lo que concierne a los recursos para su desarrollo y al personal encargado de la realización de las mismas. Es así como han proliferado y continúan siendo la vía predilecta para su realización, los *proyectos*, sobre todo aquellos que gozan de la financiación externa.

Los *proyectos* tienen una lógica interna que permite estar y no estar al mismo tiempo bajo la égida institucional. Son pactados entre las oficiales de las agencias de cooperación y los funcionarios de turno de la institución gubernamental; supuestamente en concordancia con las necesidades del país, pero atendiendo también a las agendas que las propias agencias de cooperación manejan.

Es así como los *proyectos* se pactan, se programan, se someten a licitación, en el caso de que sean tercerizadas a través de ONG locales, se hacen los procedimientos de rigor para su adjudicación y, conjuntamente con personal institucional, se les da el seguimiento correspondiente, a través de la o de las agencias responsables de su implementación. El problema con este tipo de mecánica operativa institucional, es que el grado o nivel de control de las decisiones se reduce, toda vez que el agente financiero tiene la potestad de determinar el enfoque de las acciones, así como los parámetros con los cuales deberán de ser medidas. (Ver Anexo H)

La última de las formas de enunciación en relación con la respuesta que destacamos es la de los *informes* de actividades realizadas, tanto de carácter institucional, como nacional. Como hemos discutido atrás, la inclusión de objetivos y actividades en los *planes* estratégicos no siempre es garantía de ejecución. De ello, supuestamente dan cuenta los *informes* respectivos; no obstante, es sumamente importante prestar atención a esta modalidad enunciativa, para saber *qué* es lo que dice, *cómo* lo dice, *por qué* se dice, *qué* es lo que se silencia, y *cuáles* son las funciones sociales de estos discursos que muchas veces parecen retóricos.

El *informe* viene a ser el corolario de las formas enunciativas de los procesos de planificación, que tienen en el *indicador*, la herramienta precisa para poder elaborarse de manera pertinente y confiable. El *indicador* también, valga la redundancia, nos indica muchas cosas. Tiene su base en el planteamiento epistemológico de las acciones que dice medir, pero se objetiva a través de los elementos conceptuales que en su construcción se utilizan.

En el caso de los informes institucionales sobre la respuesta, hasta el año 2008 no se tenía un sistema de *monitoreo y evaluación*, capaz de articular los diferentes indicadores que le son solicitados al Estado por las diversas agencias de cooperación que financian los proyectos que, de manera conjunta se realizan con la Secretaría de Salud y otros entes. Este esfuerzo comenzó a realizarse hasta el año 2009, a través de un convenio con los CDC de Atlanta, a través del programa GAP-CAP. El proyecto de cooperación para la implementación de un sistema de monitoreo y evaluación, largamente necesitado por el país dará pie para, en el futuro, ampliar el conjunto de indicadores que, Honduras, como país signatario, debe reportar de forma bianual ante la Asamblea General de las Naciones Unidas, como parte del compromiso adoptado en 2001 con la *Declaración de Compromiso en la Lucha contra el SIDA UNGASS Crisis Mundial - Acción Mundial*. No obstante esta carencia, Honduras se las ha ingeniado para integrar informes de avance en los años 2003, 2005, 2008 y 2010, éste último, ya fuera del espectro del presente estudio. (Ver Anexos I y J)

Algunos de estos informes no han podido reportar la totalidad de los indicadores solicitados, en tanto que, también han recibido críticas internas debido a las metodologías utilizadas en su confección, que dejan preguntas abiertas sobre la legitimidad de la información en ellos contenida, como lo plantea una de las personas entrevistadas:

“Pero esos indicadores están planteados desde el inicio tomando en cuenta los indicadores de UNGASS, quedaron planteados nada más como una forma ...bien teórica...Ahí estaba escrito el indicador pero no había una forma que pudiera estar armonizando desde un sistema de información que viene de la Secretaría ya dado, establecido para que tuvieran indicadores de este tipo.” E # 1

El análisis realizado a las *formas enunciativas* de los documentos recopilados muestra una dosis de incongruencia y falta de seguimiento de un tipo de documento a

otro, en relación al *objeto* del cual se habla, así como disparidades de índole *conceptual*, un problema que abordamos en el siguiente apartado.

c) Los *conceptos*

La importancia de la identificación conceptual alrededor de la respuesta en los documentos analizados, es crucial para el entendimiento de la dinámica *discursiva* y *no discursiva* interna, pero que al mismo tiempo es influenciada por los documentos de las agencias de las cuales recibe asistencia técnica y financiera.

En atención a su ubicación, podemos agrupar los *conceptos* identificados, en los documentos *internacionales*, aquellos que predominan en los documentos *nacionales*, los que son compartidos por *ambos tipos* de documentos; y aquellos que, apareciendo en los documentos internacionales, tienen una *contraparte de entendimiento nacional*.

Entre los primeros, presentes en los documentos internacionales están los de *Comunidad, Intersectorialidad, Accesibilidad y Vulnerabilidad de Género*. Estos cuatro tipos de conceptos, aparecen con mayor frecuencia en las *estrategias de prevención* a lo largo del tiempo. Estos conceptos apelan a un abordaje integral en la prevención, en el cual se desarrollan actividades con el concurso de diferentes sectores, con participación de la comunidad, en los cuales la *vulnerabilidad de género* es el elemento clave para las estrategias de *prevención*. No se identificaron conceptos eminentemente nacionales. La distribución de los conceptos predominantes identificados en los documentos analizados sugiere que las prioridades en los documentos nacionales, no necesariamente son las mismas, o que las condiciones para su operatividad no están dadas para su inserción de forma fluida.

Los *conceptos* que son compartidos por los documentos, tanto internacionales como nacionales son los de: *Aceptabilidad, Dignidad, Responsabilidad e Indicador*. Estos conceptos son de índole genérica y se encuentran, tanto en las *políticas*, como en las *estrategias, de planificación, prevención y coordinación*. Apelan a una dinámica discursiva en la que, pretendidamente se promueven servicios dirigidos hacia la comunidad, tomando en cuenta sus necesidades, y pretenden inculcar un sentido de respuesta coordinada ante la epidemia.

Por último, los *conceptos* que se encontraron de manera complementaria entre los documentos internacionales y los nacionales fueron, para los primeros, los de *Evidencia y Comportamiento/Conducta*, los cuales tienen su contrapartida en los documentos nacionales, en los conceptos de *Vigilancia Centinela*, *Incidencia* y *Prevalencia*. Como se podrá apreciar más adelante, en la sección que analiza las *Tecnologías de Implementación*, dentro del apartado dedicado al análisis de las *Formaciones No Discursivas*, estos *conceptos*, identificados como complementarios entre los documentos nacionales e internacionales, son los que le dan el carácter operativo a la respuesta nacional alrededor de acciones, predominantemente en el ámbito epidemiológico, en lugar de desarrollar acciones de carácter preventivo, que requieren de una mayor solidez conceptual para la planificación y desarrollo de actividades que tengan impacto.

Esta apreciación es compartida por varias de las personas entrevistadas, algunas de las cuales defienden dicho enfoque, por considerar que es más necesario y costo-efectivo para las condiciones del país:

“...Nuestros Pequeños Hermanos, por ejemplo que son gente que realmente trabaja en VIH. Y hay otro montón de organizaciones que la verdad yo no sé en que trabajarán...Eso pienso que es una debilidad, yo sé que dentro de sociedad civil hay muchas ONGs que tienen buena voluntad, que desean hacer bien las cosas, pero no tienen capacidad técnica, entonces pienso que eso es algo que podría ser reforzado...” E # 4

También hay quienes afirman que la solidez técnica en temas sobre VIH es una urgente necesidad, en la que el país debe mejorar:

“Yo creo que ha avanzado más en el ámbito político que en el ámbito técnico... cuando yo vi el Plan de Nación que yo estuve analizando los indicadores del Plan, los temas que yo conozco, y yo decía en VIH, no lo miraba el indicador, no existía...” E # 5

Tan importantes, como los *conceptos* que aparecen en los documentos sobre la respuesta, son aquellos que *no* aparecen en los documentos nacionales, o por lo menos no lo hacen de forma consistente, lo cual es un indicador del poco dominio técnico, así como del predominio tecnológico que marca la pauta de la respuesta nacional.

Entre los conceptos que mayormente brillan por su ausencia, pero que están presentes en la literatura actualizada en el tema, así como en los documentos de

políticas, se incluyen de manera preferente los de: *mujer*, *vulnerabilidad de género* y *población puente*. Estos tres conceptos, vinculados entre sí en el tema de *prevención* del VIH, reconfiguran las acciones de respuesta, al tomar en consideración, tanto acciones, como poblaciones a las cuales dirigir dichas acciones que, en el caso de países como Honduras, en el cual, nueve de cada diez infecciones por VIH son debidas a transmisión sexual heterosexual, son discusiones conceptuales y técnicas urgentes, en las que se debe de profundizar con el fin de alcanzar una línea sólida de trabajo para la respuesta nacional.

Otros conceptos que están notoriamente ausentes en los documentos de respuesta nacional, son los de *interdisciplinariedad*, *intersectorialidad* y *comunidad*, los cuales, en conjunto, permiten concebir y desarrollar formas de respuesta que trasciendan el ámbito individual y el ámbito sectorial de salud, para inscribirse de forma más permanente en la colectividad, en aras de una mayor eficacia y sostenibilidad de la respuesta.

Es esta una opinión compartida por académicas hondureñas de peso en el tema de *Derechos Humanos y Salud*:

“Yo creo precisamente que esa mirada, o lectura dirían otros, de la situación del VIH/SIDA transdisciplinaria es una tarea todavía pendiente y donde... creo que en el país hay personas y grupos que pueden y deben aportar a esas lecturas, avanzar hacia lo transdisciplinario que pasa por reconstruir el propio objeto de análisis llamado VIH/SIDA, verdad?... porque si lo seguimos llamando por ejemplo virus, o SIDA, síndrome de, eso es una, un lenguaje que tiene significado en el campo, posiblemente de las ciencias de la salud, verdad?...” E # 8

Igualmente, para el abordaje del *objeto Derechos Humanos*, se requiere, no solamente de una sólida base conceptual, sino de la vivencia que como personas y ciudadanos podamos tener sobre la misma:

“...uno mira todavía las fuerzas que tiene el biologicismo, los modelos darwinistas, entonces fue una especie de consentir. Dejemos que los científicos sociales hablen un poco de *Derechos Humanos*, con una tolerancia no fácil, que está todavía vigente a la luz del siglo XXI... bajo esa mirada del discurso yo no soy ni siquiera capaz de apropiarme qué es mi derecho humano y qué es el derecho humano del otro ...” E # 3

Esta forma de abordaje conceptual, tiene su engranaje también en las elecciones teóricas realizadas, que se manifiestan en las *estrategias* en el tema, las cuales se discuten a continuación.

d) Las estrategias

La importancia de identificar *estrategias* en los documentos internacionales y nacionales, complementa el panorama en relación con las *formaciones discursivas* en relación con la situación y respuesta. De la misma forma que con los *conceptos*, se procedió a identificar *estrategias* exclusivas de cada uno de los tipos de documento, internacional y nacional; aquellos identificados en ambos tipos de documentos, que son compartidos; y un tercer grupo, identificadas como *estrategias influyentes* de los documentos internacionales y las correspondientes *estrategias complementarias* identificadas en los documentos nacionales.

Las *estrategias* principalmente identificadas en los documentos internacionales fueron *Monitoreo y Evaluación*, *Liderazgo* e *Investigación Conductual*. En particular la estrategia de *Monitoreo y Evaluación* ha venido siendo la punta de lanza de las *estrategias de planificación* y de *coordinación* internacionales; sobre todo a raíz de la verificación de la *Asamblea Especial de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA* en 2001, que dio pie a la *Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*. A partir de ese momento, y como parte de los compromisos adquiridos, los Estados parte debían presentar bianualmente, sendos informes de avance en el cumplimiento de los compromisos adquiridos.

De igual manera, los acuerdos emanados de la *Declaración de París sobre Efectividad en la Cooperación*, daban pie para el tema de la armonización de los indicadores sobre la respuesta. Ambos eventos han pretendido brindar apoyo para el avance de los países que reciben cooperación externa para la armonización de su respuesta, más que todo en lo concerniente a resultados que son medidos a través de *indicadores* de resultado y de impacto.

No obstante, a pesar de que el *monitoreo* y la *evaluación* son deseables en términos de poder dar un seguimiento adecuado a la respuesta nacional, la realidad de Honduras es, que a la fecha no se dispone de un sistema de *monitoreo y evaluación* propio, con indicadores desarrollados a partir de la realidad nacional en lo concerniente a indicadores de insumo, de proceso, de resultado y de impacto; todo ello provocado por un estilo de administración y gerencia poco transparente en el que raramente coincide lo que se planifica, con lo que se programa; de esto con lo que se

presupuesta, con lo que se ejecuta; y por último, con lo que se evalúa⁵⁴¹; por lo cual, la lógica de *monitoreo y evaluación* impuesta desde los acuerdos internacionales, ha provocado que Honduras reporte muy parcialmente los indicadores acordados, y en otros casos, las formas de elaboración de dichos reportes, carezcan del fundamento necesario, como se ha discutido ya en el apartado sobre *formas de enunciación*.

Un aspecto adicional en relación con la estrategia de *monitoreo y evaluación*, es el hecho de que demanda de una lógica de proyectos, con tiempos de ejecución ajustados a plazos predeterminados, la cual, no siempre es proclive para el abordaje de temáticas sociales complejas; sobre todo si no existe la adecuada fortaleza técnica en dichos temas, que permita de una manera gradual y procesal, fijar las metas alcanzables en los tiempos previstos y desarrollar indicadores de proceso que permitan ir desarrollando y evolucionando en proyectos de mediano y de largo plazo. Esta crítica es compartida por algunas personas entrevistadas, en relación con el tema de *Derechos Humanos*:

“...estoy viendo, por ejemplo los enfoques del sistema de Naciones Unidas...como con la lógica de planificación por resultados, tú quieres generar que el enfoque de derechos humanos se planifique por resultados y realmente esa es una cuestión, cómo decir, perturbadora...porque si hemos estado diciendo que los derechos humanos son inherentes al ser humano, ¿cómo puedo, para justificar una planificación estratégica, separar desde una visión muy académica, muy de estancos, muy metafísica, compartimientos de derechos humanos? E # 3

En cuanto a la estrategia de *Liderazgo*, la misma se refiere a la capacidad que tienen los Estados que articulan su respuesta, para movilizarse a partir de un liderazgo gubernamental que sirva como catalizador de la respuesta nacional, a través de los mecanismos que se consideren necesarios; los cuales pueden tomar la forma de entes especializados, o bien, mediante la articulación intersectorial, plasmada a través de las diferentes agencias gubernamentales. En el caso de Honduras, tal situación se ha visto grandemente obstaculizada, por razones que se detallarán en el apartado destinado a las *formaciones no discursivas*; sin embargo, adelantamos en este apartado la opinión de una profesional entrevistada:

⁵⁴¹ Unidad de Monitoreo y Evaluación de ITS/VIH y SIDA (2009) *Informe de evaluaciones anuales de gestión 2006-2009 Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA de Honduras*. Secretaría de Salud. Tegucigalpa.

“En el ámbito de políticas sociales yo diría que también ahí falta como definir bien claro ese liderazgo, quién debe de tener ese liderazgo para promocionarlo a nivel de todos los sectores, porque sabiendo que tenemos una estructura de la CONASIDA tan débil, verdad, que no tiene...pues, entonces probablemente se requiera, de repente asignar ese liderazgo.” E # 5

La estrategia de *investigación conductual*, presente tanto en las *políticas*, como en las *estrategias de prevención*, internacionales, sobre todo de la última década, no ha sido asumida a nivel nacional, principalmente por razones atribuibles a las debilidades conceptuales en el área de las Ciencias Sociales, que han sido discutidas en el apartado anterior, dándosele un énfasis casi predominante al tipo de *investigación epidemiológica*, al punto de, inclusive, llegar a tener debates con las autoridades de salud, en relación a que el concepto de *investigación*, es mucho más profundo e inclusivo que el concepto de *vigilancia epidemiológica*. En otras palabras, algunas autoridades de la Secretaría de Salud han tenido un concepto de *investigación*, reducido exclusivamente a términos epidemiológicos, llegando a ignorar que existen y se demandan otros tipos de investigación, en muchas otras variadas disciplinas para dar una respuesta adecuada en el tema.

Algunos investigadores consideran también que la debilidad conceptual en áreas más allá de lo clínico y epidemiológico es responsable del poco avance en el conocimiento para una respuesta más integral:

“...desde el punto de vista antropológico y social, o sea yo he seguido insistiendo... porque hay serias limitaciones en, en la reducción del número de parejas, en el uso consistente del condón, todo... hay toda una parte ahí antropológica – social que se necesita urgentemente y no, y no hay respuesta...” E # 7

Por su parte, las estrategias identificadas en ambos tipos de documentos, nacionales e internacionales fueron: *Coordinación*, *Mayor Participación*, *Compromiso Mundial*, *Multidisciplinariedad* e *Investigación Epidemiológica*; siendo entendida la estrategia de *Coordinación*, en los documentos internacionales, como coordinación entre las diversas agencias cooperantes, para lograr mayor eficiencia en los fondos que se aportan.

En el caso de los documentos nacionales, la *coordinación* ha sido entendida en términos de coordinar para la planificación, más no para la ejecución de actividades de manera conjunta, como se ha explicado anteriormente al abordar el tema de

inteseccionalidad; así, *coordinación* vincula en el ámbito nacional con la estrategia de *mayor participación*, de la cual se hace gala en los documentos de *planes estratégicos*; pero lamentablemente, se queda reducida únicamente a esa instancia.⁵⁴²

La estrategia de *mayor participación de las PVIH* -conocida también como *GIPA Principle*- surgida desde el año 1994 como parte de los acuerdos de la *Cumbre de París sobre el SIDA*, animaba a los gobiernos a considerar la participación de las PVIH, no solamente en las actividades desarrolladas en su interés, sino que a participar desde los mismos procesos de identificación de necesidades y planificación de actividades. En ese ánimo, Honduras ha incorporado, a instancias de los organismos multilaterales correspondientes, a PVIH en instancias de decisión, como el *Mecanismo Coordinador de País*, y también en procesos de planificación, como las jornadas de construcción de los *planes* estratégicos multianuales; aunque, suelen brillar por su ausencia en procesos sostenidos de petición y rendición de cuentas.

La estrategia de *Multidisciplinariedad*, que no *Interdisciplinariedad*, hace mancuerna con la de *Investigación Epidemiológica*, alrededor de un modelo básicamente clínico de respuesta, en conjunto con la estrategia identificada como influyente, de *Acceso Universal*, y como complementarias, de *Sectorialización* y *Atención por Escenarios y Niveles Paso a Paso*⁵⁴³.

Es importante resaltar que, dadas las reacciones que en un inicio de la epidemia se dieron, de parte del personal de salud hacia las personas VIH positivas, los avances que se han tenido a través de los años para lograr que se les brinde atención en los servicios de salud, de alguna manera torna invisible la situación de que la respuesta nacional sigue siendo eminentemente *sectorial*, no unificada, lo que implica que la aplicación de normas de atención hacia las *PVIH* no se cumple obligatoriamente; por otro lado, se dificulta la posibilidad de pensar en una respuesta que trascienda lo individual, como lo manifiestan algunos profesionales:

“...no solo haber aprobado una la Ley Especial del VIH sino que ponerla en la práctica, en la realidad y no, son sectores que están como, allá a las cansadas cuando uno logra entrar ahí que le dan un espacio y punto y se

⁵⁴² Ver documentos de *planes estratégicos* citados anteriormente: Secretaría de Salud (1999) CONASIDA (2005) y República de Honduras (2007).

⁵⁴³ Programa Regional de Tuberculosis/Programa Regional del SIDA/ITS. (2004) *Guía sobre Atención Integral de personas que viven con la co-infección de TB/VIH en América Latina y el Caribe*. OPS. Washington.

murió el tema...Y es algo que yo no diría de donde surge yo no sé qué sector es el que tiene más resistencia a los cambios, pero hay resistencia a los cambios.” E # 5

Estrechamente vinculado a la configuración de la respuesta, además de los componentes de las *formaciones discursivas*, se compaginan las *formaciones no discursivas*, que procedemos a discutir a continuación.

Los componentes de las *formaciones no discursivas*

a) *Las autoridades*

El tema sobre las *autoridades* en el ámbito del VIH y SIDA requiere una mirada hacia los agentes internacionales, para después revisar en el terreno nacional, quiénes destacan en las diferentes actividades que se suscitan.

A nivel internacional, desde el comienzo de la epidemia, a inicios de la década de los años ochenta del siglo pasado, confluye también un fenómeno de gran repercusión en el tema de salud, como es el de las tendencias en la modernización del Estado, discutido ya en capítulos anteriores, pero recordamos aquí las repercusiones en el movimiento y surgimiento de actores en los temas de salud.

El rol que venía jugando la *Organización Mundial de la Salud* de la mano del Dr. Halfdan Mahler como su Director General y del Dr. Jonathan Mann, primer Director del Programa Mundial de SIDA de la OMS, impulsando cambios para promover políticas públicas en pro de la salud; esfuerzo emblemático de la OMS que cristalizó en 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, con la *Declaración de Alma-Ata*, y en 1988 con la *Declaración de Londres*, cambió ya en la década de los noventa con el ingreso del nuevo Director General de OMS, Hiroshi Nakajima y el reemplazo de Jonathan Mann del PMS, lo cual implicó el regreso de la OMS a su rol tradicional como autoridad técnica circunscrita al manejo clínico.

Durante ese período, producto de los cambios políticos, que habían llegado a confrontar a la OMS con las grandes compañías farmacéuticas, y queriendo ampliar el rol de respuesta del *Sistema de Naciones Unidas*, en 1996 se crea el *Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA ONUSIDA*, que aglutina a varias de las agencias del *Sistema de las Naciones Unidas*, y a las cuales se agrega también el *Banco Mundial*, que había entrado de lleno en el tema de salud a partir del Informe

de 1993, denominado *Invertir en Salud*. El rol del ONUSIDA estaría encaminado a fungir como ente de asesoría técnica para la creación y adaptación de los *Programas Nacionales de SIDA* a las circunstancias locales de cada país.

Desde 1997 hasta la fecha, la producción y la actividad del ONUSIDA, en tanto que ente de asesoría técnica a los países con quienes se mantienen programas de cooperación externa en todo el mundo, le ha permitido imprimir una serie de directrices, que han tenido su mayor impacto en el tema de planificación; desde la elaboración de guías de planificación, hasta el montaje de unidades centrales dedicadas a la elaboración de indicadores de *monitoreo y evaluación*.

Sobre el tipo de apoyo técnico que ha brindado ONUSIDA desde su creación, algunas críticas han resaltado que, independientemente de que la recién creada agencia aglutina a una diversidad de agencias especializadas, la forma de poder compaginar una efectiva *respuesta ampliada* nunca fue discutida como tal; como lo declara Parker:

“Aún, la manera exacta en que esto fuera a ocurrir en el contexto de una vasta y centralizada red de expertos, comités y agencias financieras, fue dejado sin determinar.”⁵⁴⁴

Ante esta indefinición desde la cúpula, el rol que ha venido desempeñando ONUSIDA en terreno, teóricamente, ha sido el de brindar apoyo para el fortalecimiento de los procesos institucionales nacionales, con el propósito de convertir las *políticas y estrategias*, en *programas*; lo cual, dadas las condiciones nacionales, se presta, en la práctica para unas serie de acciones y/u omisiones, en función de diversos intereses y signos políticos e incluso ideológicos que puedan presentarse, como veremos en otras secciones, más adelante.

El otro ente de autoridad que hace su aparición, avanzada la epidemia, en 2002, y ha tenido una influencia en el surgimiento de las figuras de autoridad nacionales, es el *Fondo Global para la Lucha contra la Tuberculosis, SIDA y Malaria*. Dadas las condiciones que se habían venido observando en muchos de los países en desarrollo, para quienes había sido ideado el Fondo Global; al lanzar éste, la primera convocatoria para presentar propuestas para los proyectos a financiar, solicitó la existencia o conformación de un ente nacional que estuviera compuesto de manera

⁵⁴⁴ Parker, R. (2000) Op.cit.

tripartita, por representantes *gubernamentales*, de organizaciones de la *sociedad civil*, así como por representantes de *agencias cooperantes*, bilaterales y multilaterales. Esta exigencia, dio pie a la conformación del *Mecanismo Coordinador de País MCP*, formado con ese propósito, a pesar de la existencia previa de la *Comisión Nacional de SIDA, CONASIDA*, desde 1999, según consta en el artículo # 7 de la *Ley Especial de VIH/SIDA*⁵⁴⁵, pero que, para 2002, aún continuaba sin reglamentarse. A casi una década de aquella decisión, algunos actores clave en la respuesta nacional se cuestionan sobre las consecuencias de dicha disposición:

“Pero el tema, el tema de CONASIDA, es que de una parte yo siento que el Ministro de Salud si estaba bastante consciente y empoderado del tema, pero los otros Ministros...el de Educación, el de Seguridad, el de Trabajo no, entonces se nace con esa debilidad...por eso luego entonces se crean fuerzas o cuerpos alternos...que la debilitan completamente como el Mecanismo de Coordinación del País...Como el reglamento interno todavía no se había hecho, retrasaría las cosas.” E # 2

La situación de la *Comisión Nacional de SIDA CONASIDA*, actor fundamental en el escenario de la respuesta ante el VIH y SIDA en Honduras, aunque en la práctica, relegado al papel de comparsa, tiene su explicación desde sus orígenes.

“La CONASIDA nace de un mínimo consenso; hubo un mayor consenso en la necesidad de la Ley Especial del VIH-SIDA por estigma y discriminación, pero se requería pues, una institucionalidad que diera forma y razón de ser a la Ley Especial; yo creo que el engendro por no llamarlo de otra manera, fue mal parido, debió haberse hecho una estructura más democratizada o más sencilla tal vez...” E # 3

“...yo pienso que en realidad la importancia de CONASIDA no se le ha dado toda la importancia que debería tener, y eso depende de quién está en la Secretaría de Salud y quien está en el Departamento SIDA para que CONASIDA funcione o no funcione. Entonces CONASIDA tiene altos, tiene bajos, verdad. [Otras Secretarías de Estado]...Yo creo que ni lo entienden ni les interesa, así de sencillo. Ni lo entienden ni les interesa, verdad o sea, yo siento que ellos mandan su representante a CONASIDA porque bueno, lo tienen que mandar, pero hasta ahí, verdad?” E # 4

El rol que ha jugado *CONASIDA* en todo este tiempo, se ha limitado a ser una instancia técnica que ha oscilado, en sus mejores momentos, de participar, conjuntamente con la *Secretaría de Salud*, en la organización de los talleres de planificación para la construcción del segundo y tercer *planes* estratégicos; hasta pasar por períodos de total inactividad por no girarse la correspondiente convocatoria

⁵⁴⁵ República de Honduras. (1999) Op.cit.

de parte de su presidente, el Ministro de Salud. Lo cierto es que, más que una inactividad por displicencia o falta de entendimiento alrededor de los alcances de un órgano como la CONASIDA, ha sido la presencia del nuevo organismo creado, *MCP*, el que ha marcado la pauta para su poca trascendencia.

Existe un consenso entre las personas entrevistadas alrededor de las afectaciones para la legitimidad de la CONASIDA que se provocaron con el surgimiento del MCP:

“...yo empecé a trabajar en CONASIDA a partir del 2000, 2001 y trabaje hasta el 2008 con CONASIDA. Lo que se pretendía y lo que creo que en parte se pudo hacer es, bueno, uno tratar de empoderar sociedad civil y todo el mundo en el tema de VIH, intentar que la sociedad civil, los pacientes, los organismos internacionales, la Secretaría de Salud, formaran una organización en donde todos pudieran tener voz y voto, y se analizara la problemática, y se tomarán las decisiones. Creo yo que en nuestro país lamentablemente quien tiene el dinero tiene el poder, y como CONASIDA no tenía dinero, al tener el Mecanismo Coordinador de País con el dinero de Fondo Global, CONASIDA fue llevada a menos verdad, a pesar que según la ley CONASIDA es el ente rector.” E # 4

“No sé en qué momento de la historia de la conformación del proyecto fue que se citaron los sectores...cuando empezó y empezó con mucha fuerza el MCP, y ahí empezó a echarle sombra a la CONASIDA porque el MCP se miraba, en ese momento creo que hay un error, hay un error...como país...yo creo que se duplicaron esfuerzos, y se...debilitó más bien la estructura de la CONASIDA...creo que fue un error desde el inicio porque haber concebido otro espacio...lo mejor hubiera sido que la CONASIDA hubiera asumido ese rol.” E # 5

Por su parte, el papel que ha jugado la aparición del MCP en el contexto de un país con pocas experiencias de debate técnico en espacios democráticos, no ha dejado de estar exenta de juegos de poder, los que se describen con mayor detenimiento en la sección *metas estratégicas de poder*.

En la práctica, los actores fundamentales en la respuesta nacional han sido otros a través del tiempo, vinculados más a una respuesta *sectorial y vertical*: la *Secretaría de Salud*, el *Programa Nacional de SIDA*, así como los *Administradores de Proyectos* financiados por la cooperación internacional. A pesar de que el *Programa Nacional de SIDA* es el ente a nivel central dentro de la *Secretaría de Salud*, se nombra por separado, ya que ésta última, alude a los servicios de salud que la misma presta, sobre todo a nivel hospitalario.

La *Secretaría de Salud*, por tanto, se constituye en la práctica, en una doble autoridad: *sectorial* en el área de salud, en las labores que por ley le son conferidas como *Autoridad Sanitaria Nacional*; y también nacional, en lo que a VIH y SIDA concierne, en virtud de que la *Ley Especial de VIH/SIDA* le confiere la presidencia de *CONASIDA* de manera permanente; lo cual, con el tiempo, lejos de fortalecer el liderazgo nacional, cada vez se siente más deteriorado:

“Yo, cada vez miro la Secretaría de Salud más en crisis...cada vez miro más caos...institucional...en la toma de decisiones, en el liderazgo estratégico, en la manera como se maneja...un ‘sectarismo’ salvaje o sea, falta de visión...cuál es el problema? El liderazgo nacional...yo creo que es posible siempre, va, pero...se requiere un liderazgo dé la contraparte nacional en sus instancias, una en la Secretaría de Salud que es la principal y la CONASIDA, va, o sea que es la llamada a tener esa respuesta multisectorial amplia, reguladora.” E # 7

La representatividad de la *sociedad civil* ha estado también, teñida de altibajos desde su inicio. A raíz de la *Declaración de la Cumbre de París sobre el SIDA*, realizada en 1994, donde se impulsó la *mayor participación de las PVIH*, las agencias de cooperación multilaterales, con ONUSIDA a la cabeza, tomaron como uno de sus temas principales, el impulsar esta estrategia a nivel mundial, con el propósito de sacar a la luz a las *PVIH*, en un intento de confrontar el *estigma y discriminación* que hasta ese entonces prevalecía para con ellos.

En Honduras también se realizaron proyectos y actividades encaminadas a propiciar la participación de las *PVIH* en las instancias correspondientes. La principal organización de personas viviendo con VIH en Honduras es la *Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH de Honduras ASONAPVSIIDA*; no obstante, quizás sin quererlo, algunas de las estrategias que fueron promovidas por las agencias de cooperación para el desarrollo de las nacientes organizaciones de *PVIH*, forzaron a las personas a romper el anonimato de su condición, lo cual ha sido cuestionado:

“...una buena intención de ONUSIDA, no pensó en el agravante de derecho humano, porque era forzar la, era forzar sutilmente la confidencialidad de su condición serológica, porque....pudo estar todo el tiempo callado y llevar un liderazgo, pero ni Allan ni Rosa hubieran entrado en *GIPA*, si no hubieran declarado públicamente su condición serológica. E # 3

La *ASONAPVSIIDA*H, que ha aglutinado a una serie de grupos de *PVIH* que se han formado a lo largo de los años, con propósitos de auto-apoyo; de forma similar a

la CONASIDA, ha atravesado altibajos, que se han dado alrededor de pugnas y rencillas, ligadas mayormente a los deseos de algunos dirigentes, de continuar con la representatividad, la cual les garantiza la participación en las esferas donde se discute y resuelve sobre los apoyos financieros destinados a los grupos de PVIH.

“...hubo épocas en que ASONAPVSI DAH tenía como dirigentes personas de dudosa reputación...creo que ASONAPVSI DAH ha perdido gran parte de su poder y su papel, por lo menos adentro del MCP...no tiene ya tanta presencia ni tanto poder como lo tuvo en un momento. Hubo mucha lucha interna...dirigentes...que fueron gente que estafó a sus propios compañeros con VIH...entonces tener gente de esa calaña dirigiendo una asociación pues, definitivamente, no creo que era lo más correcto verdad, y creo que eso hizo que perdiera...prestigio...” E # 4

En general, el avance de la sociedad civil en el tema de VIH y SIDA ha estado impregnado por intereses generados alrededor de la adjudicación de proyectos y propuestas, financiados mediante la cooperación externa, sobre todo por el *Fondo Global*, que a través del *Mecanismo Coordinador de País* y sus órganos internos, revisa las propuestas y decide sobre cuáles de ellas pasan a formar parte de la propuesta general que será financiada.

Toda esta situación que ha tenido repercusiones en la manera como las organizaciones de PVIH han evolucionado y que ilustramos aquí, con en el testimonio de una PVIH entrevistada; será complementada en el apartado sobre *metas estratégicas de poder*.

“...ahora formo parte de la Junta Directiva de ahí, soy Fiscal...de ASONAPVSI DAH, lo mismo, a veces pasan cosas y me vengo a enterar...porque no hay una comunicación fluida...muchas veces me dicen pues Benita tal cosa, no, si no va mi firma ahí o si yo no he estado en esa reunión yo no tengo que responder...como Fulanita está o está Zutanita y entonces no me cae bien, porque eso es lo que merma muchas veces, porque si usted no me cae bien, yo le digo ah no...y dentro de la misma organización...” E # 6

b) Los *mecanismos de autoridad*

Los *mecanismos de autoridad* que mayormente se han empleado en la respuesta ante el VIH y SIDA, han estado vinculados a la autoridad institucional, a través de las posibilidades en la toma de decisiones sobre los proyectos que se manejan, quiénes los manejan y quiénes son los entes y/o grupos que pueden aspirar a su obtención.

En atención las figuras de autoridad en el tema de VIH y SIDA que han sido ya mencionadas, los principales *mecanismos de autoridad*, en lo que atañe a los documentos internacionales, se da por la *adhesión*, el *reconocimiento*, así como el *respaldo oficial*, que toda la documentación proveniente de las agencias de cooperación multilateral y bilateral tienen, en atención a las ayudas, tanto de orden financiero como técnico, que se le dispensa al Gobierno de la República, a través de sus instituciones, las cuales en el tema que nos ocupa, principalmente, han sido la *Secretaría de Salud*, el *Programa Nacional de SIDA*, el *Mecanismo Coordinador de País* y, en menor grado, la *CONASIDA*; esta última jugando un rol de comodín, que se utiliza a conveniencia, según las circunstancias se lo demanden.

Así, la *Convocatoria*, se convierte, junto con la *Autorización* y la *Priorización*, en los principales *Mecanismos de Autoridad* que utilizan las *Autoridades* nacionales en el ámbito del VIH y SIDA para el ejercicio de la misma. Se utiliza, fundamentalmente cuando se quiere cumplir con los requisitos impuestos por las agencias cooperantes, ya sea para la participación de *PVIH* en procesos de planificación, o para aportar la validación necesaria en procesos de elaboración de *informes*, necesarios para los procesos de *rendición de cuentas* del país ante las agencias cooperantes correspondientes, sea ésta el *Fondo Global*, en el caso de las *convocatorias* que realiza el *MCP*; o ya sea ante la Asamblea General de las Naciones Unidas, en el caso de los informes de país, o de las planificaciones estratégicas multianuales que forman parte de la *Estrategia de los Tres Unos*, que promueve el ONUSIDA.

“...CONASIDA...se reunió dos veces, tres veces, creo...para aprobar el informe UNGASS, para ordenar que se hiciera...Se reunió, para aprobarlo, se hizo una segunda reunión...y hace 15 días se reunió para aprobar el otro documento del informe que se tiene que dar a OMS sobre la atención, atención integral...es que está siendo utilizada...porque como es la autoridad...” E # 2

Por otro lado, la representación que por ley se le confiere a las diferentes Secretarías de Estado, para participar en la construcción conjunta de la respuesta nacional ante el VIH, es ampliamente desperdiciada por el resto de los sectores que conforman las entidades de gobierno, debido a que no se *prioriza*, el tema dentro de las agendas de los diferentes sectores gubernamentales; a decir de algunas personas entrevistadas, por desconocimiento, o simple comodidad.

“Pues yo creo que también tiene mucho que ver con la membrecía de los otros sectores...porque aunque, el secretariado técnico del MCP es la

Secretaría de Salud...pero en las otras Secretarías de Estado siempre ha habido una debilidad al igual que existe en la CONASIDA...una debilidad de representación de los otros sectores, por ejemplo el sector Educación ha sido un sector bastante, bastante alejado de estas instancias, del MCP y también del mismo CONASIDA.” E # 5

Este desaprovechamiento del espacio que significa un *mecanismo de autoridad*, no solamente ha existido de parte de las Secretarías de Estado, sino que también ha sido muy poco utilizado por las principales instituciones académicas de nivel superior del país, que no han podido tener una incidencia, conforme lo manda la propia *Ley Especial de VIH/SIDA*, como lo manifiestan las autoridades entrevistadas:

“Hay una representación [en CONASIDA] pero que yo identifico que, producto precisamente de ese no lograr un dialogo, se termina por no asistir, o por retirarse, dejar el espacio pero que se tiene normativamente, verdad?, se manda que la Universidad tenga...pero ha sido una participación pues no es continua, es muy esporádica y creo que tiene que ver con este tema del dialogo, verdad? es preferible no estar porque así no nos molestamos en ver cómo nos abrimos o nos preparamos para ir a dialogar, verdad?...Y una propuesta de su propia identidad que es esa precisamente, bueno, lo nuestro es el conocimiento científico...que posibiliten una respuesta realmente nacional, integral...” E # 8

El *mecanismo de autoridad de rendición de cuentas*, que se repite con frecuencia en los documentos nacionales, previsto para garantizar la transparencia y la responsabilidad de los entes gubernamentales en el cumplimiento de las responsabilidades como garantes del *Derecho a la Salud* de los usuarios; en la práctica suele tener grandes obstáculos, ya que no solamente, la Secretaría de Salud, al igual que otras secretarías de Estado, no socializan la información correspondiente respecto de las actividades que se programan, de los presupuestos asignados en las diferentes partidas destinadas a la ejecución de actividades, o de los resultados de las mismas; sino que cuando la sociedad civil organizada, alrededor de grupos como *ASONAPVSI DAH* han pretendido obtener dicha información, simplemente son ignorados, debido a que no existe en el país una cultura de transparencia en la información solicitada y de responsabilidad para con la ciudadanía en el cumplimiento de su *Derecho a la Salud*. No solamente no se obtiene la información solicitada, sino que no existen los mecanismos habilitados para hacer valer dichos derechos ante las instancias correspondientes; a no ser el procedimiento de elevar una queja ante la Fiscalía de los Derechos Humanos, cuando se considera que ha habido un maltrato o negligencia en la atención. No obstante, el derecho a la información, no se cumple como tal, como lo señala una de las personas entrevistadas:

“...hay un montón de artículos que en esa Ley de que en vez de mejorar, más bien, yo miro...que no, no mejora nada pues, porque mire estamos como Red de Mujeres haciendo una auditoria sobre la cuota de recuperación, ajá y, y aunque tengamos los resultados siempre dicen que, que todo ciudadano tiene derecho a la información y a la salud...y...si uno le dice venimos como sociedad civil...a ver si nos puede dar información acerca de cómo, hacia donde van esos ingresos de la cuota de recuperación...nos ponen el stop, porque nos miran que nosotros les vamos a contar las costillas...” E # 6

En síntesis, que los *mecanismos de autoridad*, aunque existentes, han sido desvirtuados, inutilizados o desaprovechados, por una pléyade de actores que, en muchas ocasiones, se han movido más alrededor de presiones e intereses personales o grupales; y menos alrededor de los grandes intereses de las necesidades nacionales, con el fin de gestar una respuesta nacional ampliada desde una óptica de *Derecho a la Salud*. Este escenario no está desligado, sino que, por el contrario, se compagina con las *tecnologías de implementación*, que discutimos a continuación.

c) Las *tecnologías de implementación*

Las *tecnologías de implementación* que se han privilegiado en el tema de VIH y SIDA a lo largo de los años en el ámbito internacional, han mostrado una dualidad, acorde a los avances tecnológicos y a los procesos sociales que de alguna manera ha influido en la presencia de temas en el discurso de los principales actores internacionales en la respuesta.

Por un lado, el discurso sobre los *Derechos Humanos*, surgido al tenor del tema de *estigma y discriminación*, sobre todo en los países desarrollados, impulsó una ola de reformas en los *Sistemas Jurídicos*, que implicaron la visibilidad de las PVIH, principalmente como *objetos* –véase el apartado correspondiente-; pero también como *sujetos de derecho*. Esto último, en atención al rol que deviene desempeñar el Estado como *titular de deberes*, ha sido fundamental para los avances en el desarrollo de programas y proyectos de naturaleza variada, en el ámbito *preventivo* y de *atención* hacia las PVIH.

Muchos de estos proyectos han procurado mejorar las *políticas públicas*, así como también, otras han incursionado en el mejoramiento de los *sistemas de salud*, a través de la formulación de *reglamentos* y *normas* que contemplan el tema y a las propias PVIH, de una manera más integral en cuanto al abordaje de su situación.

Por otro lado, las *tecnologías de implementación* para la *prevención* en los documentos internacionales, hacen mención de dos temas constantes; el *condón*, y la *comunicación para el cambio de comportamiento*. Esta última tecnología, en sí, engloba una serie de aproximaciones, tanto teóricas, como, metodológicas, que han ido reflejando algunos triunfos y fracasos que, sobre todo ONUSIDA, y en menor grado la OPS/OMS, han tratado de socializar con el resto de los países que enfrentan los retos para el abordaje de la *prevención* en sus respectivos países.

Se apela al concepto de *comunicación* de formas variadas en diferentes *estrategias* y manuales sobre *prevención*, implicando la necesidad de, primeramente, conocer las condiciones locales que permitan identificar, cuáles son los comportamientos que se tienen, en cuáles poblaciones, las dinámicas de índole social y cultural que las alimentan, así como las pretensiones en cuanto al cambio que se desea lograr. Lo interesante de estas propuestas de cambio es que, salvo algunas excepciones, el elemento cultural de mayor peso para la conducta sexual, como es el de las *relaciones de género* y la *vulnerabilidad de género*, son escasamente mencionadas. Como ya se ha apuntado en la primera parte de este capítulo, en la sección sobre *conceptos*, las contribuciones tecnológicas derivadas del concepto de *Salud Sexual y Reproductiva*, aparecen de manera poco significativa.

Las otras tecnologías de implementación que aparecen profusamente en la documentación, son las que se refieren a *Medicamentos*, *Tratamiento con Anti-retrovirales*, *ARV* y *Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual ITS*. Esta última tecnología no surgió como una respuesta desde los inicios de la epidemia. A pesar de que su eficacia como estrategia de prevención había estado bien comprobada, el vuelco en su papel como mecanismo para el control del VIH, hizo que se descuidasen grandemente otros aspectos de la *Salud Sexual y Reproductiva*, incluyendo, paradójicamente, el propio *Tratamiento de las ITS*.

Por su parte, el uso de *Medicamentos* se perfiló desde el inicio de la epidemia como un soporte de primera magnitud, en atención al hecho de que, en ese entonces, solamente podía dársele un apoyo paliativo a las PVIH para el *Control de las Infecciones Oportunistas*. Al aparecer los primeros medicamentos antirretrovirales, su presencia como tecnología ha sido constante, tanto en los discursos de corte científico, como en aquellos sobre *Derechos Humanos*; hasta el punto de que el

acceso a tratamiento ARV ha sido una de las banderas de lucha en la consecución de los *Derechos Humanos* de las PVIH.

En el ámbito nacional, las principales *tecnologías de implementación* que a lo largo del tiempo registra la documentación analizada, han sido más concretas y escasas: *Instrumental Estadístico, Medicamentos, Tratamiento ARV, Centros de Atención Integral, Tratamiento de las ITS, Medidas de Bioseguridad, Consejería y Prueba; y Condón*; mostrando con esto el talante de la respuesta nacional: *sectorial, vertical y medicalizada*.

Esta situación, no obstante, lejos de verse como una restricción en la respuesta nacional, posiblemente por las limitaciones generales que tiene el sistema de salud para la respuesta en salud; es vista, hablando del tema de VIH y SIDA, como un verdadero logro; lo cual de hecho dificulta las posibilidades de pensar que la respuesta nacional debe ser concebida en términos mucho más integrales y abarcadores.

“Hemos tenido...esas posibilidades económicas de irlo ampliando, pero también ha habido visión de las personas que han estado, porque...lo vieron como una posibilidad desde el inicio...y que déjeme decirle que creo que es uno de los pocos países que tiene tantos Centros de Atención Integral para personas con VIH, con dispensa de antirretrovirales...porque estoy segura que es el único país que presenta esta estructura, esta oferta de atención integral, verdad?” E # 1

No obstante, se reconoce también en esta *tecnología de implementación* denominada CAI, que no ha sido lo mejor para el fortalecimiento del sistema de salud hondureño. Y es que al provenir su financiación de proyectos de la cooperación externa, éstos se implementaron como un sistema paralelo, del que no se ha podido dar la debida institucionalización para la sostenibilidad de estos servicios en el sistema de salud.

“...precisamente esa falta de reconocimiento...porque si yo soy...jefa de un Centro de Salud, pero yo no puedo identificar la necesidad que tiene ese CAI y no soy sensible, obviamente no lo asumo, como parte, verdad? de mi estructura, entonces...si no se da esa transición, esa institucionalidad, cuando ya no esté Fondo Global, ¿Qué va a pasar con ese CAI? Va a quedar ahí, aislado, sólo, se va a ir deteriorando y muriendo porque no va a haber apoyo ni local, ni regional, ni nacional sobre esa estructura...” E # 1

“...cómo van a quedar los CAI trabajando una vez que no esté Fondo Global, cómo va la Secretaría a funcionar en la era post-Fondo Mundial,

estas son retos creo yo importantes, yo miro el reto de mantener la atención después de que se vaya Fondo...” E # 4

“...En el país no...estoy seguro...hasta qué punto...se ha fortalecido se ha hecho una inversión especialmente en infraestructura de, de apertura de centros, acondicionamiento de centros de atención integral, se ha fortalecido la parte de laboratorios o sea, creo que se han hecho esfuerzos en capacitación de recursos humanos o sea, pero de nuevo el problema es la alta rotación pues entonces los capacitan, se los mueven; entonces al final, no estoy seguro, al final después de todos estos años de financiamiento del Fondo Mundial, qué tanto fortalecimiento institucional ha habido...” E # 7

Estas inquietudes, válidas para el personal técnico de los servicios de atención, no forman parte, sin embargo, de las discusiones y los planes de la Secretaría de Salud en los documentos revisados; si bien, se sabe que actualmente, existe un proyecto, financiado por USAID que está estudiando la posibilidad, para el futuro, de modificar el esquema de atención de los CAI.

Brillan por su ausencia en la respuesta nacional, es obligado manifestarlo, tecnologías de probada efectividad internacional en las acciones *preventivas*, como ser las acciones a implementar con población adolescente y jóvenes en el *sector educativo*, como son los *Contenidos Curriculares sobre Salud Sexual y Reproductiva*. Esta deficiencia, en sí, constituye una violación al derecho a la información, como parte de los *Derechos Sexuales y Reproductivos* que tiene la juventud.

Como apuntan también algunos de las personas entrevistadas, en relación con la falta de integralidad de la respuesta nacional:

“No están tampoco sensibilizados, las estructuras del Estado no están sensibilizadas. Yo pienso que ese...abanderado no puede ser otro más que la sociedad civil, fíjese, la que genera la respuesta de los sectores del gobierno...La necesidad de la gente, o sea, la que lo vive, la que lo siente, y no solo la que lo vive y la que lo siente, la población común, silvestre, verdad, la que, la que no es infectada, pero que no tiene por qué infectarse tampoco, esa es la que puede, para mi ese es el abanderado” E # 4

No obstante, dicho *empoderamiento* de la sociedad para el reclamo de una respuesta más acorde con sus necesidades, tanto de PVIH, como de la población general, que tiene igualmente derecho a no infectarse; es vista como algo difícil de alcanzar, a juzgar por las acciones que ahora mismo viene impulsando el Estado en materia de respuesta ante el VIH y SIDA.

“...como ha habido poco liderazgo técnico y más énfasis en el activismo del ejercicio presupuestario, no he visto modelos realmente de protagonismo, o sea, que promuevan el empoderamiento de los grupos, y modelos constructivistas donde ellos propongan y todo, sino más bien como sujetos pasivos que reciben intervenciones para mejorarles su calidad de vida y todas esas cosas, entonces lo que se ha fomentado más es una dependencia y en muchos grupos, más un oportunismo...” E # 7

“...me parece que la implementación del modelo educativo nos abre todo un espacio de oportunidad para que la Universidad se posicione desde su identidad institucional académica en este, en esta situación y de un aporte real y efectivo a la construcción de esa respuesta nacional que todavía yo considero no la tenemos.” E # 8

Apreciamos, también la conciencia sobre la debilidad técnica de la respuesta nacional, en la opinión de entrevistados, representantes del sector académico, quienes consideran que la ampliación de la respuesta nacional en muchos aspectos, es todavía un reto que falta por cumplir, como parte de las *metas estratégicas* necesarias en el tema.

d) Las *metas estratégicas de poder*

En atención a las políticas que están llamadas a cumplir las agencias e instituciones podemos identificar, y clasificar también las *metas estratégicas de poder* en dos tipos, las internacionales y las nacionales,. En el caso de las agencias multinacionales, sus metas estratégicas han estado alrededor del fortalecimiento y *Desarrollo de los Recursos Humanos* nacionales para la respuesta. Igualmente han sido identificadas como *metas estratégicas*, el *Apropiamiento*, la *Armonización* y el *Alineamiento*; sobre todo a partir del año 2005, cuando se efectúa la *Cumbre Mundial sobre Efectividad en la Cooperación*. En dicha reunión, los países articipantes, representados por sus respectivas agencias de cooperación, así como los representantes de las agencias multilaterales de cooperación, incluidas las agencias financieras y las del *Sistema de las Naciones Unidas*, preocupadas por los escasos resultados que las contribuciones de los diferentes países y agencias donantes podían lograr, en términos de *efectividad* y *sostenibilidad*; discuten algunas estrategias y alternativas en sus modalidades operativas, entre las cuales, llegan a identificar algunos cambios urgentes a realizar, tanto en sus propios mecanismos operativos, como en las formas de trabajo realizadas con los países a quienes se les brinda la cooperación, ya sea técnica, financiera o de ambos tipos, como es el caso de Honduras.

El evento, sirvió para reflexionar que se ha procedido de manera excesivamente colonialista, sin el debido respeto hacia los planteamientos y decisiones nacionales, por lo que decidieron además, empeñar sus esfuerzos en llevar a cabo mejores esfuerzos de coordinación *inter-agencial*, e impulsar el fortalecimiento de las capacidades nacionales.

Por su parte, las prioridades nacionales en las *metas estratégicas de poder*, según la documentación analizada, han estado más enfocadas en el *cumplimiento de metas*, con el fin de alcanzar una *sostenibilidad de las respuestas*; las fijadas en los proyectos de la cooperación externa, como las metas plasmadas en los *indicadores* de cumplimiento de compromiso elaborados bianualmente por ONUSIDA, de estricto cumplimiento para los países signatarios del compromiso de UNGASS *Crisis Mundial – Acción Mundial* de 2001.

Es importante destacar aquí, que dos de las *metas estratégicas* más importantes a nivel internacional: *Desarrollo de Recursos Humanos y Educación en Derechos Humanos*, no aparecen como prioridades nacionales, lo cual se evidencia, tanto en los discursos identificados en los documentos analizados, como en las opiniones de las personas entrevistadas.

“...bueno, el problema que enfrenta el país también, una es la escasez de Recursos Humanos, es decir...casi los mismos de antes somos los mismos de ahora...y actualmente yo veo que detrás de nosotros no hay cuadros de sucesión realmente, es obvio tal vez uno que otro pero no porque haya habido una estrategia de desarrollo...ese pequeño grupo...nos hemos juntado más periódicamente en momentos estratégicos y quizás eso le ha dado al país cierta coherencia...que no ha sido direccionada a propósito... no responde a una política nacional.” E # 7

Otra vertiente explorada en las personas entrevistadas, relacionada con las *metas estratégicas de poder*, se refiere a ciertas ganancias secundarias o de estatus que se dan al tener un ámbito de conocimiento o de decisiones exclusivo, que confiere un halo de poder a la o las personas que lo sustentan.

“Hay bastante acceso a diagnosticos, a pruebas...todavía la carga viral, que es un elemento esencial en la condición de vida de una persona con VIH es extremadamente concentrada, yo digo extremadamente porque una persona maneja la política de diagnóstico de este país...una persona... que aunque han habido en el último año muchos indicios de que no haya una hegemonía en la dotación de insumos, de pruebas: ‘aquí se les da pruebas, aquí no se les da, yo quiero que hagan esto, no quiero que hagas

esto', no ha habido...no hay en el país...en este momento...más de una persona." E # 1

Si bien la comunidad internacional de donantes tiene como *metas estratégicas de poder*, la *Armonización* y el *Alineamiento*, esas metas no aparentan representar una prioridad para el Estado hondureño, a juzgar por las acciones fragmentadas y en ocasiones claramente competitivas entre diferentes entes nacionales que, como se explicaba antes, se disputan la hegemonía sobre cuál es el ente rector, en la práctica, de las políticas sobre VIH y SIDA; si es el ente que tiene el mandato por ley, *CONASIDA*, o si es quien tiene la potestad de tomar las decisiones, por manejar los fondos asignados por *Fondo Global*, el *Mecanismo Coordinador de País MCP*. Paradójicamente, muchas veces las personas que constituyen ambos cuerpos, son las mismas; no obstante, los intereses en cada ámbito, difieren, como difieren también las acciones realizadas:

"...es paradójico porque el presidente del Mecanismo en aquellos momentos era y seguía siendo el Ministro.....entonces, era paradójico que el presidente del CONASIDA era Ministro de Salud y el presidente del Mecanismo de Coordinación es el de salud....pero nunca pudo armonizar las cosas para que el Mecanismo se sometiera..." E # 2

Las carencias de todo tipo en el ámbito nacional, no solamente de tipo técnico, sino de tipo ético, que se han dado en el proceso de instalación y desarrollo de la respuesta nacional, han repercutido negativamente para el logro de la ansiada *Armonización* y *Alineamiento* de la respuesta nacional. Con un conocimiento que lo da el acompañamiento en los procesos de construcción de la respuesta nacional, desde sus orígenes, al lado de las personas más necesitadas, una académica entrevistada analiza:

"Es que se gana en la otra forma de poder, ó sea el poder simbólico tiene un terreno...hace círculos...hace logias...te instala y te da un lugar seguro. O sea hay muchos de nosotros, o muchas de nosotras que para el referente de otra gente ya nos tienen instalados en el lugar seguro, los que perturban o los que aportan, qué se yo no. Pero eso es falso...Ahora, alguna gente se lo cree, porque también ese poder seduce, y si tenés conocimiento un poco más de la media, obviamente...volvamos a Bacon, conocer es poder...Ahora si fuera un poder para hacer un pragmatismo, que dice Rorty, de la solidaridad, es bienvenido. Pero el poder acá es un poder negativo, es un dominio negativo porque la transformación que yo quiero generar siempre está en la mirada del yo, no del alter, no en el reconocimiento de la otra o del otro...es una razón instrumental muy marcada." E # 3

La dimensión de *solidaridad* que convoca la respuesta ante el VIH y SIDA en otras latitudes, por ejemplo, no se encuentra fácilmente en la respuesta nacional de Honduras, la que, como se apunta antes, tiene grandes visos de instrumentalización, de parte de los diferentes actores en el proceso.

“...una la del lado del gobierno va, que ha sido una crisis constante, el lado de la cooperación que, que quierase o no tienen su propia agenda pues o sea, y es de respetarse pues...ellas tienen su razón de ser y de existir, va y creo que en muchas ocasiones...las cosas han pasado así por la debilidad de la contraparte nacional...sencillamente. Y luego vamos al otro aspecto que es el protagonismo de los grupos vulnerables, de los grupos meta...” E # 7

“...yo miro, por ejemplo la auto-discriminación, la auto-exclusión, en los propios grupos. ¿Por qué? Porque estamos todavía con la idea del líder, el líder mesiánico que te lleva de la caverna, bueno al menos en Platón el hombre de que vio la luz regresó y le dijo a los demás que estaban equivocados, pero aquí el que va arriba, no regresa.” E # 3

No obstante, hay algunas miradas y opiniones altamente pragmáticas en lo que se refiere al tipo de sociedad que tenemos, y a lo que podemos aspirar con lo que hemos logrado hasta ahora; pero que también hay que seguir desarrollando a futuro, en atención a los múltiples retos que demanda la respuesta en Honduras.

“...para mi esos puntos negros que son gente viviendo con VIH o profesionales de diferentes áreas que dicen que trabajan por VIH y que en realidad lo que quieren es sacar provecho económico de la situación pienso que son la minoría...algunos son minoría pero con poder, pero creo que hay una vasta mayoría de gente que si quiere de buena fe trabajar por VIH...gente con VIH y profesionales de todas las áreas también que de buena fe ponen todo su esfuerzo para trabajar por VIH y eso es...lo que permite que...a pesar de todos los altos y los bajos, el país tenga en este momento más de siete mil personas en ARVs, que tengamos un promedio de adherencia de los más altos en América Latina, más del 80%...que estemos logrando que los medicamentos lleguen a los lugares más alejados del país; esos son logros de país, que a pesar de toda la lucha intestina, que a pesar de todos los problemas internos, se han ido dando y es bueno...” E # 4

En menor escala, no obstante, se avizoran también ciertos avances en el empoderamiento de las propias personas viviendo con VIH, sobre todo en el tema de *Educación en Derechos Humanos*, que tienen que aprender sobre la marcha, del proceso en el que les ha tocado insertarse como representantes de las personas que, en su condición, afrontan la necesidad de hacer valer sus derechos en diferentes espacios institucionales. Así lo ve una entrevistada PVIH:

“...he conquistado que...las personas que están ahí puedan hablar el mismo idioma que uno...como le podría decir, una frase correcta donde todos estemos encaminados a un mismo fin y que nosotros podamos... entender cada, cada frase de que ellos puedan...decir y esas...palabras de que nosotros entendamos que yo pueda entender, transmitirlo a la base...sobre, primeramente que tenemos un derecho y a la par del derecho tenemos un deber que...el uno ni el otro no pueden caminar si no están al par...” E # 6

No obstante, el reto mayor, lo constituye, a juicio de esta investigadora, trascender la óptica reduccionista de una respuesta sectorial, *vertical, fragmentada y focalizada*, lo cual, según algunas personas entrevistadas, constituye un gran desafío para la respuesta nacional, en atención a la intrincada red de intereses que se manejan alrededor del tema de VIH y SIDA y de los actores que se mueven en la escena, internacional y nacional; que demanda de verdaderos cambios radicales y de mucha creatividad y compromiso para trascender la situación actual.

“...pareciera que algunas de las...aparentes soluciones para que esto trascendiera a otro nivel de una respuesta más integral, más nacional, más estratégica, dependen de situaciones que, de las cuales no se pueden salir porque estamos en un círculo vicioso, es decir, la sociedad civil no logra ver más allá porque tiene sus necesidades y lucha por ellas, el sector educativo no puede ser porque...ay!, quién los va a capacitar, si ellos mismos no lo están, no sé, no quiero ser pesimista sino que más bien quiero ver cuál podría ser ese ámbito de posibilidad...” E # 5

Ese ámbito de posibilidades, ligado a esperanzas de cambio, es un terreno que debe cultivarse, alrededor del *Desarrollo de Recursos Humanos* y de la *Educación en Derechos Humanos*, un terreno que no solamente debe pensarse alrededor del tema de VIH y SIDA, sino que se constituye en un eje de desarrollo fundamental para que el país pueda pensar en acceder a nuevos niveles de salud y desarrollo.

Una de las académicas más críticas, pero al mismo tiempo más comprometidas en el país, a lo largo de décadas, en el tema de VIH y SIDA, manifiesta encontrar ese ámbito de posibilidad en el diálogo productivo con las nuevas generaciones, a través de la práctica docente:

“Con los jóvenes, con una población joven...que empieza a ver que no, que no está permeada todavía...de la maldad...que todavía está con el deseo, la ilusión de hacer el bien... entonces uno tiene que empezar con ellos y con otros, aquellos que no están tan perturbados del enamoramiento del poder que empiezan a abrir una puerta humana y empiezan a pensar y a de alguna manera tener la confianza de compartir

el sufrimiento, no para lástima, no para que le vayas a dar cien pesos, sino que es una vivencia que te da la puerta de aprender.” E # 3

Tras haber discutido las *positividades* identificadas en el *discurso*, internacional y nacional, en el siguiente capítulo analizaremos las *discontinuidades* y *eventos* identificados, tanto en las *formaciones discursivas* y *formaciones no discursivas*, que nos permitan tener un mejor entendimiento de la dinámica discursiva sobre VIH y SIDA en Honduras. Profundizaremos también en la dinámica interna de las relaciones de poder que se objetivan al calor de los procesos de *Globalización* y *Gobernanza* que tiñen la temática.

Avanzamos en esta perspectiva dos grandes modelos en pugna, lo que constituye una especie de inconsciente social subyacente a los discursos y las prácticas: el modelo o enfoque *biomédico* y el enfoque de *derecho a una respuesta integral*.

**CAPÍTULO VII. LOS ENFOQUES DE RESPUESTA: EL
DEBATE ENTRE EL ENFOQUE BIOMÉDICO Y EL
ENFOQUE DE LAS POLÍTICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL**

CAPÍTULO VII. LOS ENFOQUES DE RESPUESTA: EL DEBATE ENTRE EL ENFOQUE BIOMÉDICO Y EL ENFOQUE DE LAS POLÍTICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL

El presente capítulo tiene como propósito fundamental, retomar el análisis separado que se realizó en el capítulo anterior, e integrarlo en un nivel analítico superior, tomando como elementos constitutivos, las *positividades*, *interacciones*, *contradicciones*, *transformaciones* y *eventos* identificados en los discursos sobre VIH y SIDA; para elaborar un *modelo explicativo* de las *relaciones de poder* sobre dicho tema en Honduras. El capítulo se compone de cuatro secciones; la primera de ellas dedicada a resaltar, más allá de las *positividades* identificadas en el capítulo anterior, la trama de *interacciones*, *contradicciones*, *transformaciones* y *eventos* que se entretajan en los *discursos* del VIH y SIDA, nacional e internacionalmente. Este entramado, permitirá mostrar la configuración de un *modelo explicativo* propuesto sobre la respuesta, el cual consta de dos enfoques: *Enfoque Clínico-Multidisciplinar* y *Enfoque de Derechos Humanos-Transdisciplinar*. En la segunda y tercera secciones, se procede a explicar la forma cómo funcionan por separado, pero también la forma como se articulan ambos enfoques en el *discurso* sobre VIH y SIDA en Honduras, enfatizando en los cambios que se han dado en distintos momentos de la respuesta, que obedecen a la emisión de los *planes estratégicos*, así como de los *informes de avance* de Honduras. La explicación de los modelos se ilustra con las aportaciones de las personas entrevistadas al respecto. Para finalizar, la cuarta y última sección está destinada a realizar un análisis sobre las *relaciones de poder*, siguiendo algunas de las propuestas planteadas por Foucault, en función de las diferencias en las *capacidades* de los agentes involucrados en la respuesta; de los *objetivos* que persiguen los involucrados; de los *modos en que se instrumenta* el ejercicio del poder; de las formas que adopta su *institucionalización*; y de los *grados de realización* que se advierten en el ejercicio del poder.

Interacciones, Contradicciones, Transformaciones y Eventos en el Discurso Internacional sobre VIH y SIDA

A partir de los elementos que conforman las *formaciones discursivas* y las *formaciones no discursivas* detallados en el capítulo anterior, hemos identificado ciertos componentes, en cada uno de ellos y los hemos ubicado en pares o estructuras binarias, con el propósito de elaborar un modelo que nos permita identificar las *positividades* que han ido surgiendo, palideciendo, resurgiendo o desapareciendo en el transcurso del tiempo tanto en el ámbito nacional como internacional.

La estructura binaria que se propone para la identificación de las *positividades*, se compone así:

En primer lugar, en los elementos de las *formaciones discursivas*, consideramos los *objetos*, los *conceptos* y las *estrategias* que se utilizan. Para los primeros, es decir, como *objetos* del discurso del VIH y SIDA, se han identificado, en uno de los polos: *Persona Viviendo con VIH, PVIH; Mujeres Embarazadas, Personas en Mayor Riesgo PEMAR, Estigma y Discriminación*. Este conjunto de *objetos* de discurso los hemos ubicado en el polo de *Focalización*.

El otro polo en que se ubican otros *objetos* del discurso en VIH y SIDA le hemos denominado de *Universalidad*, y sus componentes son: *Población General, Adolescentes, Derechos Humanos, Derecho a la Salud, Educación, Empoderamiento, Salud Sexual y Reproductiva y Atención Primaria en Salud*.

Si bien, varios de los componentes mencionados anteriormente en el par *Focalización-Universalidad* podrían también ser considerados como *conceptos* o *estrategias* en otro ámbito discursivo, su ubicación como *objetos* de discurso, es porque en los documentos analizados sobre el tema, esa ha sido su función.

El segundo elemento de *formaciones discursivas* considerado fue el de los *conceptos*. Igualmente aquí se propone una estructura binaria, que plantea conceptos alrededor del *Riesgo* en oposición a conceptos alrededor de la *Vulnerabilidad*. De hecho, en el ámbito más grande del desarrollo o de la salud en general, ambos conceptos forman parte de una estructura teórica en sí, como quedó apuntado ya en capítulos anteriores. En el polo del *Riesgo*, se ubican los *conceptos* de: *Caso*,

Incidencia, Prevalencia, Evidencia, Vigilancia Centinela, Vigilancia de Segunda Generación, Sexo Seguro y Comportamiento de Riesgo.

Por su parte, en el polo denominado de *Vulnerabilidad*, ubicamos los conceptos de: *Comunidad, Mujer, Vulnerabilidad de Género, Población Puente, Accesibilidad, Aceptabilidad, Derechohabiente, Dignidad, Responsabilidad*. Estos conceptos, operan de manera combinada e interaccionan para darle vida a discursos alrededor de la *Vulnerabilidad*.

El tercer elemento considerado de las *formaciones discursivas* es el de las *estrategias*, que también opera bajo una estructura binaria que hemos denominado *Medicalización–Interdisciplinariedad*. En el polo de *Medicalización*, ubicamos los componentes de: *Investigación Epidemiológica, Sectorialización, Tercerización de Servicios, Niveles de Atención, Multidisciplinariedad, y Gerencia en base a resultados*. Las *estrategias* aquí incluidas funcionan en los servicios de salud para VIH y SIDA de manera sinérgica dentro de un modelo clínico de servicios. A pesar de la aparente inclusión de la *Multidisciplinariedad*, como se ha explicado ya anteriormente, la mera presencia de profesionales de otras disciplinas, no cambia en sí un enfoque medicalizado o biomédico ya que, es la profesión médica la que dicta los criterios y lleva la batuta alrededor del tratamiento que se dispensa a las personas atendidas.

Como contrapunto, el polo opuesto de las *estrategias*, lo hemos denominado de *Interdisciplinariedad*, que incluye a los componentes de: *Compromiso, Coordinación, Liderazgo, Intersectorialidad, Mayor Participación, Investigación Conductual, Investigación de Componente Político, Educación Sexual, Sistema Educativo, Programas en lugar de trabajo*. Estas *estrategias* permiten un tipo de respuesta más amplio e integral.

Dentro de las *formaciones no discursivas*, el primer elemento considerado fue el de *mecanismos de autoridad*, que funciona bajo el par *Paternalismo–Autonomía*. En el polo del *Paternalismo* ubicamos los componentes de: *Adhesión, Autorización, Concesiones, Convocatoria, Evaluaciones, Licitaciones, Mandato, Respaldo Oficial y, Recomendaciones*. Estos componentes, vistos como *mecanismos de autoridad*, permiten el ejercicio del poder de las autoridades que lo detentan y son utilizados de manera discrecional para el apoyo o retiro del mismo hacia personas y/o instituciones que se comportan de acuerdo a las *metas estratégicas de poder* de las *autoridades*

de turno correspondientes. Usualmente funciona alrededor de la membrecía a cuerpos colegiados, capaces de tomar decisiones alrededor de la inclusión de organizaciones en propuestas de proyectos, o en la asignación de fondos para el desempeño de actividades o para la contratación de personas en proyectos a ejecutarse dentro del tema de VIH y SIDA, ya sea de PVIH o de profesionales independientes.

Por oposición, el polo denominado de *Autonomía*, se relaciona con los componentes de: *Asambleas, Denuncias, Petición y Rendición de Cuentas, Priorización, Reconocimiento, Medios de comunicación y Supervisión*. En conjunto, estos *mecanismos de autoridad* permiten resistir o contrarrestar el poder de las personas que lo detentan de manera abusiva o *paternalista*, por parte de personas que, aunque no tengan una posición de autoridad personal; no obstante, pueden ejercer formas colectivas de poder a través de medios o instancias que les permiten tener cierto grado o nivel de *Autonomía* para el logro de metas u objetivos propuestos en el tema de VIH y SIDA, ya sea que se trate de PVIH, de otros profesionales o de la ciudadanía en general.

El segundo elemento de las *formaciones no discursivas* es el de *tecnologías de implementación*. Es aquí donde el *discurso* toca tierra y se materializa en acciones desarrolladas, alrededor de lo planteado previamente en los *objetos, conceptos y estrategias* antes mencionadas. Igualmente, se propone una estructura binaria con los polos: *Verticalidad–Integralidad*. Los componentes correspondientes al polo de *Verticalidad* son: *Centros de Atención Integral CAI, Consejería y Prueba Rápida, Paquete Mínimo de Intervenciones, Tratamiento y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual ITS, Tratamiento de Infecciones Oportunistas, Tratamiento con Antiretrovirales ARV, Medicamentos, Proyectos, Comunicación para el Cambio de Comportamiento, Talleres de Capacitación y Condón*.

Por su parte, el polo denominado *Integralidad*, contiene los componentes: *Políticas Públicas, Mejoramiento de las Condiciones de Vida, Sistema de Salud, Sistema Educativo, Sistema Jurídico, Reglamentos y Normas, Sistema de Información, Tecnologías Informáticas, Talleres de Planificación, Contenidos Curriculares y Grupos de Auto-apoyo*. En conjunto, estas *tecnologías de implementación*, son amplias en su dimensión de alcance, y pretenden integrar al conjunto de los sectores en la respuesta.

Por último, al hablar de las *metas estratégicas de poder*, el par que se propone para ubicar los componentes identificados, es el de *Globalización y Gobernanza*, considerando estos fenómenos, en la línea de lo ya discutido en capítulos anteriores. Así, dentro del polo *Globalización*, se incluyeron los componentes: *Alineamiento, Armonización, Cumplimiento de metas, Eficiencia y Financiamiento*. En conjunto, dichos componentes comprenden los lineamientos que la cooperación internacional, en general y específicamente en el tema, que están pretendiendo lograr de parte de los países a los que se les brinda, tanto asistencia técnica, como financiera, como es el caso hondureño.

El polo opuesto, propuesto como *Gobernanza*, está compuesto de los elementos de *Apropiamiento, Legitimidad, Sostenibilidad en la Respuesta, Desarrollo de Recursos Humanos y Educación en Derechos Humanos*. Estos componentes están íntimamente ligados entre sí y representan la base para las *condiciones de posibilidad* del desarrollo de la *Gobernanza* en el tema de VIH y SIDA.

Se propone, con las *positividades* identificadas, que este conjunto de estructuras binarias alrededor de las *estrategias discursivas* y las *estrategias no discursivas*, conforman un modelo compuesto de dos *enfoques de respuesta*, que hemos denominado: *Clínico-Multidisciplinar* y de *Derechos Humanos-Transdisciplinar*.

El *Enfoque de Respuesta Clínico-Multidisciplinar* está compuesto de los elementos: *Focalización, Riesgo, Medicalización, Paternalismo, Verticalidad y Globalización*; operando bajo el siguiente planteamiento:

El Enfoque de Respuesta Clínico-multidisciplinar en VIH y SIDA, opera con objetos focalizados, con una articulación de conceptos de riesgo, mediante estrategias medicalizadas, a través de mecanismos de autoridad paternalistas, que se desarrollan con tecnologías de implementación verticales y metas estratégicas de poder en el ámbito de la globalización.

Por su parte, el *Enfoque de Respuesta de Derechos Humanos-Transdisciplinar* se compone de los elementos *Universalidad, Vulnerabilidad, Autonomía, Integralidad y Gobernanza*, operando así:

El Enfoque de Respuesta de Derechos Humanos-Transdisciplinar en VIH y SIDA, opera con objetos que apelan a la universalidad, articulando conceptos sobre vulnerabilidad, a través de estrategias interdisciplinarias, mediante mecanismos de autoridad que fomentan la autonomía, operando

con tecnologías de implementación integrales, en un ámbito de metas estratégicas de poder que fomentan y fortalecen la gobernanza.

Para facilitar su ubicación e interpretación en el siguiente cuadro se ha destinado la letra *azul* para los elementos pertenecientes al *Enfoque Clínico-Multidisciplinar*; en tanto que en letra *roja* aparecen aquellos componentes pertenecientes al *Enfoque de Derechos Humanos-Transdisciplinar*. Se ha resaltado también el color de las filas correspondientes, así: en color amarillo la fila de los *objetos*; en color verde, tanto las filas de *conceptos* como las de las *tecnologías de implementación*; en color rosado la fila de los *mecanismos de autoridad*; y en color naranja las filas donde se ubican, tanto las *estrategias*, como las *metas estratégicas de poder*. Estas últimas, aparecen con letra negra ya que, según el modelo propuesto, no se identifican sus elementos con los enfoques en sí. En el cuadro a continuación, se muestra una clave de interpretación del modelo propuesto.

**MODELO DE FORMACIONES DISCURSIVAS Y NO DISCURSIVAS
SEGÚN ENFOQUE DE RESPUESTA EN EL DISCURSO SOBRE VIH Y SIDA**

FORMACION DISCURSIVA Y NO DISCURSIVA	ENFOQUE CLINICO/MULTIDISCIPLINAR	ENFOQUE DDHH/TRANSDISCIPLINAR
OBJETOS	FOCALIZACION	UNIVERSALIDAD
CONCEPTOS	RIESGO	VULNERABILIDAD
ESTRATEGIAS	MEDICALIZACION	INTERDISCIPLINARIEDAD
MECANISMOS DE AUTORIDAD	PATERNALISMO	AUTONOMIA
TECNOLOGIAS DE IMPLEMENTACION	VERTICALIDAD	INTEGRALIDAD
METAS ESTRATEGICAS PODER	GLOBALIZACION	GOBERNANZA

Este modelo sugerido, precisamente por eso, por ser un *modelo*, no opera en estado puro, ni se da en forma diáfana, en las *formaciones discursivas* y menos aún en las *formaciones no discursivas*, no aparece por tanto objetivado en la realidad de manera exclusiva y tajante. Opera, de forma difusa, bajo la forma de *positividades*,

enunciados y prácticas que tienen sus propias reglas de formación y de transformación, que se articulan, imbrican, niegan y/o refuerzan entre sí, para dar vida a un discurso complejo, mixto, jerarquizado, en el que existen enunciados y regularidades discursivas dominantes, pero también formas sinuosas tan solo esbozadas. Todos estos actos de habla, todas estas *positividades discursivas* se conjugan en *Interacciones, Contradicciones, Transformaciones y Eventos*.

La muestra de documentos analizados, para esta sección se dividió en 39 documentos internacionales y 18 documentos nacionales, en los cuales se buscaron las conjugaciones antes mencionadas; los restantes 26 documentos analizados se ubicaron de manera individual, en uno u otro de los elementos de las *formaciones discursivas* y *formaciones no discursivas*, de tal suerte que no fueron proclives para analizar las *Interacciones, Contradicciones, Transformaciones*. Vistos por separado, los elementos de los enfoques más comunes fueron, por su orden, los de *Globalización, Riesgo, Vulnerabilidad, Universalidad y Verticalidad*.

En lo que resta de esta sección, analizaremos las reglas discursivas de los documentos internacionales, en tanto que en las secciones subsiguientes se analizarán las *positividades* y *discontinuidades* encontradas en los documentos nacionales, atendiendo a su evolución temporal.

Al analizar las *Interacciones, Contradicciones, Transformaciones y Eventos en las formaciones discursivas y formaciones no discursivas*, se aprecia un buen número de documentos, cuyas *formaciones discursivas* y *formaciones no discursivas* contienen elementos del *Enfoque de Derechos Humanos-Transdisciplinar*, que interaccionan entre sí; contiene también algunos elementos del *Enfoque de Respuesta Clínico-Multidisciplinar*.

Las *Interacciones* más frecuentes que se dan en el *Enfoque de Derechos Humanos-Transdisciplinar* son entre los *objetos*, los *conceptos* y las *tecnologías de implementación*. Es el caso de documentos en los cuales se apela a la *Universalidad, Vulnerabilidad e Integralidad*. En menor proporción, los hay que incorporan también en sus discursos, además de los elementos ya mencionados, la interacción con *estrategias y mecanismos de autoridad*; incorporando, así, la *Interdisciplinariedad* como *estrategia*, y el fomento de la *Autonomía*, como *mecanismo de autoridad*.

A pesar de que es deseable la interacción de elementos de las *formaciones discursivas y no discursivas*, que pertenecen de manera coordinada al *Enfoque de Derechos Humanos-Transdisciplinar*, el hecho de que falte uno o varios de esos elementos en determinados documentos, o que, como cuerpo discursivo, no sean complementarios en su conjunto, impide en la mayoría de ellos, que se den las condiciones de implementación de manera consistente. Es el caso particular del *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, formulado en 1966, que entró en vigencia en 1976; sin embargo, fue en el año 2000, que a través del *Comentario # 14 del PIDESC*, que se conceptualiza el *Derecho a la Salud*; y, aún hubo de esperar hasta diciembre del año 2008 para contar con un *Protocolo Facultativo*.

Otro caso similar es el de *Declaración de Alma Ata*, sobre *Atención Primaria en Salud*, de 1978, una declaración que, al no ser promovida como *meta estratégica de poder*, por entrar en conflicto con intereses del mercado farmacéutico internacional, ha quedado durante décadas como un mero ejercicio de declaración de intenciones de buena voluntad. Sin embargo la OMS, en 2007, ha querido revitalizarla; no obstante, su base *conceptual* es aún muy débil, al igual que las *tecnologías de implementación* correspondientes; igualmente, la prioridad como *meta estratégica de poder* que se le ha dado en el contexto de un mundo más *globalizado*, es baja,.

Ambos casos mencionados, sirven como marco explicativo para comprender mejor el fracaso que tuvo la primera *Estrategia Preventiva* sobre VIH y SIDA promovida por la OMS en 1987, y que sirvió de base a la *Declaración de Londres sobre Prevención del SIDA*, de 1988, las cuales consideraban como *estrategias*, la *Atención Primaria en Salud* y la perspectiva del *Derecho a la Salud*; teniendo, obviamente el mismo destino que sus predecesoras, que tuvieron su incompatibilidad con *metas estratégicas de poder* internacionales en el ámbito de la salud.

Las *contradicciones* identificadas en los documentos internacionales analizados, fueron de varios tipos; en primer lugar, *contradicciones* entre los *objetos* presentes en el discurso, refiriéndose a un tipo de *objeto* que pertenece a un *Enfoque Clínico-Multidisciplinar*, utilizándolo como que fuera un objeto desde el *Enfoque de Derechos Humanos-Transdisciplinar*, el más común de este tipo es el de comenzar hablando en términos de *Universalidad*, cuando en realidad se está adoptando un *objeto focalizado*. Esta regla se utiliza en documentos que hacen mención de los *Derechos Humanos*, los cuales son amplios, múltiples y universales; y se ampara bajo

ese *objeto* para terminar discutiendo sobre *Estigma y Discriminación*, que puede ser una de las tantas manifestaciones de la violación a los *Derechos Humanos* y que además; ni es privativa de las PVIH, por un lado, ni es el único derecho que se le violenta a las PVIH, por otra parte.

El discurso sobre *Estigma-Discriminación* opera como el *Paquete Mínimo de Intervenciones* en el tema de *DDHH*, que, por su naturaleza es más amplio e incluyente para su abordaje; y por tanto, entraña mayores dificultades de concepción y puesta en marcha a través de *tecnologías de implementación* en el amplio ámbito del mejoramiento de *Políticas Públicas*.

Otra forma de *contradicción* de enfoque que se identificó en los documentos analizados es la de *objeto y concepto*. La más común es la utilización de un *objeto focalizado* con el *concepto* de *Vulnerabilidad*, la cual, por definición, es *Universal*; es decir, no se puede *focalizar* la *Vulnerabilidad*, sin caer en un error de tipo conceptual. Esta regla se observa reiteradamente en documentos que han dado origen y raigambre a los *objetos* de *Poblaciones en Mayor Riesgo* llamadas también en otros documentos *Poblaciones Vulnerables*. La utilización de los *objetos Estigma-Discriminación* y *Poblaciones en Mayor Riesgo*, operan de manera sinérgica, tanto para reforzar la *estrategia* de *Medicalización*, como para justificar *tecnologías de implementación Verticales*, entre las que destaca la *Investigación Epidemiológica*.

Un último tipo de *contradicción* se observó entre las *metas estratégicas de poder*, ya sea entre las internacionales entre sí, denominadas en el modelo, de *Globalización*; ya sea entre las nacionales entre sí, llamadas de *Gobernanza*; y también se observaron *contradicciones* entre las internacionales y las nacionales entre sí, es decir entre las de *Globalización* y *Gobernanza*. Esta multiplicidad de *contradicciones* encontradas, es una muestra de la complejidad de las *relaciones de poder* que se expresan a través de las *metas estratégicas de poder*. En esta primera sección, nos referimos a las contradicciones entre sí de la *Globalización*; en tanto que las que se refieren a las de *Gobernanza* internamente, y las que se dan entre la *Globalización* y la *Gobernanza*, se abordan en las secciones subsiguientes.

Algunos ejemplos de las *contradicciones* entre *Globalización* entre sí son, que a partir de una multiplicidad de principios y preceptos vertidos en documentos que son considerados *eventos*, como la *Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA UNGASS*

2001, la *meta estratégica de poder*, es un uso selectivo de algunos de dichos principios o preceptos, que posteriormente no son rescatados para su correspondiente *monitoreo y evaluación* de cumplimiento, por parte de los países signatarios. Esta regla discursiva se observa al comparar la amplitud de *objetos (Universales)*, *conceptos (de Vulnerabilidad)* y *estrategias (Interdisciplinarias)*, emanadas de la *Declaración de UNGASS*, con la estrechez con que se pretenden medir dichos avances, en los documentos de *Directrices para la Elaboración de Indicadores Básicos* de ONUSIDA, de 2003, 2005 y 2007, en los cuales, se identifican *objetos (Focalizados)*, *conceptos (de Riesgo)* y *estrategias (Medicalizadas)*.

Esta forma de operatividad discursiva funciona como una especie de *transformación objetual*, en la cual; al no discutirse de manera *interdisciplinaria* ni desarrollarse *tecnologías de implementación* de tipo *integral*, no se llegan a identificar los necesarios *Indicadores de proceso*, *Indicadores de resultado* e *Indicadores de Impacto*, que permitan una actividad de *Monitoreo y Evaluación* acorde a la naturaleza de los *objetos* que se proponen en las *políticas de Declaración* correspondientes. Dicho con otras palabras, no puede generarse *evidencia* sobre aspectos para los cuales no se han creado *Indicadores contrastables*; y consecuentemente, no se pueden desarrollar indicadores sobre aspectos que, *conceptualmente*, no están claros. Si solamente se privilegian los *Indicadores de impacto*, en términos de *Incidencias*, se está, de manera directa, conminando a desarrollar preferentemente *estrategias medicalizadas*, en detrimento de un tipo de respuesta mucho más *integral*.

Los documentos en los cuales se observaron las reglas discursivas mencionadas, son las guías de ONUSIDA denominadas *Directrices para la Elaboración de Indicadores Básicos*, publicadas en los años 2003, 2005 y 2008, en las cuales, si bien hubo cambios y mejoramiento de algunos indicadores; la tendencia fue más hacia la *Focalización*, *Verticalidad* y *Medicalización* de los Indicadores de cumplimiento solicitados a los países signatarios, en lugar de la búsqueda de la *Universalidad*, *Vulnerabilidad*, *Interdisciplinariedad*, *Autonomía* e *Integralidad*.

El Enfoque de Respuesta Clínico-Multidisciplinar en VIH y SIDA en Honduras

En la presente sección nos centramos en la descripción del *Enfoque de Respuesta Clínico-Multidisciplinar* que se aprecia en el análisis de los documentos

nacionales que, como observaremos, presentan una dinámica un tanto diferente a los internacionales.

Una de las principales diferencias observadas en relación con los *objetos del discurso* en VIH y SIDA, entre la documentación internacional y la nacional, es la ausencia de los *objetos* discursivos: *Educación, Empoderamiento y Niñez Huérfana por SIDA*.

Esto se afirma a partir de que no existe en el país, a la fecha de realización de este estudio, una *Estrategia de Prevención del VIH y SIDA*. Lo que existe es la mención en los *planes estratégicos*, de metas sobre *prevención*, pero que, en atención a la dinámica que se explica a continuación, no se han desarrollado más que esfuerzos aislados, fragmentados, sin una direccionalidad definida en relación con objetivos consensuados a nivel nacional.

No se ha cumplido tampoco, tras doce años de aprobación de la *Ley Especial del VIH/SIDA*, el mandato de la Secretaría de Educación para implementar la *Educación Sexual* en el sistema escolar formal del país; no se ha logrado tampoco, hasta hoy, un consenso sobre los *contenidos curriculares* a desarrollar; tampoco se ha brindado la formación al cuerpo docente que sería el encargado de realizar esta tarea; mientras tanto, las actividades aisladas de *prevención*, continúan siendo diseñadas, ejecutadas y evaluadas a través de proyectos de cooperación externa, con un muy débil acompañamiento técnico de la Secretaría de Salud.

No existe tampoco una *Estrategia de Promoción y Defensa de los Derechos Humanos*, que propicie la definición de acciones intersectoriales, que permitan ir más allá del recurso de la queja y la denuncia; están ausentes también las acciones de tipo *educativo y preventivo*, que permitan que el tema de los *Derechos Humanos* sea visto como algo inherente a la condición de personas y de ciudadanos.

Por último, a casi tres décadas de epidemia en el territorio nacional, aún se desconoce el número exacto de *huérfanos con SIDA*, como puede constatarse en los informes bianuales que el Estado ha presentado ante la Asamblea de las Naciones Unidas en los cuales, los indicadores correspondientes al tema de *Niñez Huérfana por SIDA*, han sido reiteradamente dejados en blanco, sin contestar. Por consiguiente, no se cuenta con estrategias de apoyo para esta población afectada, no se sabe dónde están, quiénes y cómo les están apoyando; a excepción de algunos pocos proyectos

que son desarrollados por ONGs, sobre todo religiosas. Al no existir una respuesta por parte del Estado, para atender a esta población afectada, los programas de prevención carecen de sostenibilidad, con las consecuencias de abandono para las acciones a desarrollar con la sociedad en general.

A continuación analizamos cómo se ha llegado a esta situación. En primer lugar, se observa una inmensa mayoría de documentos con elementos de éste enfoque *Clínico-Multidisciplinar*, ya que de los 18 analizados, solamente dos presentan elementos del enfoque opuesto. Los elementos más comunes que se identificaron fueron los de *Focalización*, *Verticalidad* y *Medicalización*; dicho con otras palabras, se encontraron *interacciones* entre *objetos focalizados*, con *estrategias medicalizadas* y *tecnologías de implementación verticales*.

Esta fórmula discursiva, congruente, ha permitido que en los sistemas nacionales, sobre todo de salud, se conciba una *Política de ITS/VIH/SIDA*, en 1999, y se ha reflejado también en otro tipo de documentos, como los informes de *Medición del Gasto en Salud* del año 2006, y el *Informe de Evaluaciones Anuales de Gestión 2006-2009 del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA de Honduras*; ambos, de la Secretaría de Salud. En ambos casos, dichos documentos, no obstante, ponen en *contradicción* las *metas estratégicas de poder*, de *Globalización* y *Gobernanza*. Pertenece a esta dinámica discursiva también el *Plan de Monitoreo y Evaluación del Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud*, de 2008. Retomaremos la discusión sobre estos conflictos entre *Globalización* y *Gobernanza* en el último apartado de este capítulo.

Un ejemplo extremo de interacción entre los elementos del *Enfoque de Respuesta Clínico-Multidisciplinar* se ha dado durante el desarrollo del Proyecto “*Fortalecimiento Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en Honduras. Componente VIH SIDA*”, ejecutado entre 2003 y 2008, y financiado por el Fondo Global para la Lucha contra la Tuberculosis, SIDA y Malaria, proyecto que, no obstante, es una propuesta estrictamente nacional, para la cual podríamos utilizar la metáfora de que se han “alineando los planetas”, en el sentido de que coinciden todos los elementos del enfoque en mención.

Así, observamos, en relación con las *formaciones discursivas*, *Focalización* de los *objetos*, en el componente de *Derechos Humanos*, alrededor del *objeto*

Estigma/Discriminación, y en relación con el componente de *Prevención*, focalizada en las así llamadas *Poblaciones de Mayor Riesgo PEMAR*; igualmente, la arquitectura conceptual predominante es alrededor del concepto de *Riesgo: Incidencia, Prevalencia, Vigilancia Centinela, Comportamiento de Riesgo*; en lo que se refiere a las estrategias, estas fueron de tipo *Medicalizado*, como la *Investigación Epidemiológica*, la *Atención por Niveles y por Escenarios*, la *Sectorialización*, *Tercerización de servicios*, y la *Multidisciplinariedad*, al servicio del enfoque clínico.

Esta afirmación es fácilmente demostrable al ampliar la mirada sobre la respuesta del Estado hondureño en relación con otros sectores, más allá del sector salud, en los cuales no se advierte la realización de esfuerzos similares en el área de *Prevención* y de *Promoción de los Derechos Humanos*. De hecho, existe una notoria diferencia entre los escenarios y esfuerzos que se han realizado para poder implementar la *Estrategia de Atención Integral*, por escenarios y niveles de atención, dentro del Sistema de Salud; notándose una ausencia de esfuerzos similares por parte de las autoridades del *Sistema Educativo*, en relación con la implementación de los contenidos curriculares de *Educación Sexual*, o de la *Educación en Derechos Humanos*, lo cual amerita, en ambos casos, de una constante investigación y caracterización del ambiente social y político, para poder definir y enfrentar los escenarios para la implementación de la *Educación Sexual* y sobre *Derechos Humanos* en dichos ámbitos.

Es notoria la primacía que, en este caso se le ha dado al abordaje *Curativo*, por encima del *Preventivo*; pero, sobre todo, es notoria la falta de percepción de esta carencia como una plena violación al *Derecho a la Información*, como parte de los *Derechos Sexuales y Reproductivos*. Esto, se refuerza y reproduce, al no estar contemplado un abordaje desde la conceptualización de la *Salud Sexual y Reproductiva*, para la prevención del VIH y SIDA, sino que solamente desde el enfoque clínico, con la presencia de profesionales multidisciplinarios, pero que más bien apuntalan dicho enfoque.

En relación con las *formaciones no discursivas*, se observó la utilización de *mecanismos de autoridad paternalistas*, como las *Convocatorias*, *Autorizaciones*, *Concesiones*, *Evaluaciones*, *Licitaciones* y *Recomendaciones*; las *tecnologías de implementación* fueron *Verticales*, a través de los *Centros de Atención Integral CAI*, la utilización de *Medicamentos para Tratamiento de ITS* y *Tratamiento ARV* en

hospitales, la estructuración de un *Paquete Mínimo de Intervenciones*, y la promoción del *Condón* a través de *Talleres de Capacitación* para el *Cambio de Comportamiento*. Por último, las *metas estratégicas de poder*, coincidieron con las exigencias internacionales de la *Globalización*, de *Cumplimiento de Metas y Eficiencia*, para poder acceder a la continuidad en el *Financiamiento* del proyecto.

Existe otro grupo de documentos nacionales en los que el *Enfoque de Respuesta Clínico-Multidisciplinar* se manifiesta discursivamente a través de las *contradicciones*. En algunos documentos se observó un tipo de *contradicción*, que conduce a una *transformación*, de *objetos* y *conceptos*. Los ejemplos más comunes fueron *contradicción* de los *objetos Focalización y Universalidad*, en la *Ley del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos* y en la *Ley Especial del VIH/SIDA*, que comienza refiriéndose al VIH/SIDA como fenómeno y gradualmente va *focalizando* en las PVIH, dejando por fuera una óptica inclusiva del tema, hacia la sociedad en general no infectada.

Otro tipo de *contradicción* se da al observar la coexistencia simultánea de los dos enfoques en relación con los *conceptos* de *Riesgo* y *Vulnerabilidad* y las *tecnologías de implementación Verticales e Integrales* que, discursivamente coexisten, pero en la práctica el enfoque se define en función de un *objeto focalizado*, hacia las PVIH y las PEMAR, en detrimento del *Enfoque de Derechos Humanos-Transdisciplinar*. Estas reglas discursivas se observan en las *Normas de Atención para PVIH*, publicadas en 2003 y en las *Normas de Atención sobre Consejería en VIH*, publicadas en 2005, ambas de la Secretaría de Salud.

Un tercer tipo de *contradicción* se refiere a los *mecanismos de autoridad*, que siguen dándose mayormente de forma *Paternalista*, aunque, en el discurso, pretendan fomentar la *Autonomía* de las personas involucradas. Específicamente esto se identifica en los procesos de *Mayor Participación de las PVIH*, en procesos de planificación, ya sea de *Planes y Proyectos*; en los cuales, figuran en la nómina de personas que hicieron acto de presencia en los *Talleres de Planificación* programados al efecto, siguiendo las tendencias de las *políticas de Mayor Participación*, y llegando incluso a figurar sus expresiones y contribuciones en los documentos de *planes estratégicos* elaborados, concretamente los PENSIDA II de 2003 y PENSIDA III, de 2008. No obstante, estas participaciones no constituyen ninguna garantía de que las acciones que han quedado debidamente consignadas en dichos *planes estratégicos*,

posteriormente se vayan a programar, presupuestar y ejecutar, como lo demuestran los documentos de proyectos, que son financiados por la cooperación externa, y que se programan, supuestamente bajo los lineamientos del PENSIDA vigente y de los diferentes informes que el Estado de Honduras presenta ante la Asamblea general de la ONU, en atención a los compromisos adquiridos. Esto se comprueba al revisar los documentos correspondientes: *Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS*, de los años 2003, 2005 y 2008. Un cuarto tipo de *contradicción*, se identificó, entre las *metas estratégicas de poder*, denominadas, en el modelo propuesto, de *Globalización y Gobernanza*. Dichas contradicciones se analizan en la última sección de este capítulo.

Las manifestaciones del *Enfoque de Respuesta Clínico-Multidisciplinar* a través de sus elementos, ubicados en las *interacciones y contradicciones* discursivas, fue objeto de comentarios de parte de las personas entrevistadas. Sobre las *interacciones y contradicciones* del *Enfoque de Respuesta Clínico-Multidisciplinar*, las personas entrevistadas opinaron, en relación con la *Focalización* de los *objetos* del discurso:

“...el VIH fue una puerta de oro para la población de la diversidad sexual y esa la han aprovechado yo diría de la mejor manera...porque nunca ha habido otra forma de que la población de la diversidad sexual tenga un... que se ganen el respeto de los demás, más que con el VIH y eso también hay que verlo...” E # 5

En relación con la *estrategia* de *Medicalización* los informantes cualificados entrevistados coinciden en lamentar el reduccionismo de este abordaje y en la necesidad de expandirlo, más allá de los servicios de salud, para que pueda en realidad llamarse *Respuesta Integral*:

“...siempre como hemos partido de que damos atención integral a algo que es en realidad pura médica, pura clínica integral y le decimos integral porque hay un psicólogo, hay un farmacéutico, un consejero, hay un laboratorio, viendo siempre desde el punto de vista clínico a esa persona, verdad?...pero realmente vista, nosotros vemos todavía y vayamos hacia un servicio de integridad, verdad?; esa persona misma que está ahí, no la vemos a veces como una persona que viene de un entorno comunitario, familiar, verdad? ...” E # 1

“...es que eso es tan particular porque en primer lugar no ha habido una normativa donde nos diga: hay un componente a nivel comunitario, hasta el momento inclusive, yo estoy hablando hasta el 2008, donde haya algo escrito...una normativa, donde diga, cómo va a ser esa relación de un equipo de salud, un CAI con los grupos de autoapoyo, todo se ha dejado bajo líneas estratégicas no a través de normativas.” E # 1

“...pero la verdad es que se llegó a la conclusión que no, que el código [de Salud] era suficientemente amplio y abarcador y que venía su realimentación a posteriori y que en el tema de enfermedades infecciosas era amplio y que no requería de mayor cosa...no mirábamos todavía el tema del estigma, discriminación y todas esas cosas, lo mirábamos medicalizado, la epidemia nació medicalizada...” E # 2

Aparte de hacer hincapié en la *Medicalización* que ha primado en la respuesta, algunas personas entrevistadas, desde otros ámbitos, señalan también algunas circunstancias de tipo explicativo para este tipo de situación:

“...creo que ha estado irresponsablemente...la Secretaría de Salud delegada para un accionar que es una competencia nacional...siento que se han acomodado también las otras Secretarías de Estado y que han visto cómo que Salud es la que le tiene que poner frente a esto y no han asumido su responsabilidad, por más que esté, por más que esté planteado en un Plan Estratégico Nacional que es justamente de respuesta nacional, no; es una respuesta del Sector Salud...que por más que este planteado ahí que debe de ser intersectorial y que debe de...los diferentes sectores gubernamentales tomar su rol, eso no se ha dado...” E # 5

“...ese componente del PENSIDA quizás es el que menos, se, se, yo diría que es el que menos se trabaja en la práctica, el tema de política social...en el tema de políticas públicas yo diría que hay muy poco avance, en cuanto a fortalecer ese ámbito político en los demás sectores hay poco avance...” E # 5

“...porque uno observa cómo a través sobre todo de las publicaciones a las que se tiene acceso, cómo la mirada de hoy mil, perdón 2,011, en lo sustantivo no han variado, verdad, de las miradas de los 80 cuando el problema, cuando se empezó a reconocer como problema el VIH-SIDA, y de hecho todavía el predominio, por ejemplo del enfoque médico y la subordinación de otros saberes está presente también, verdad, en estas propuestas de intervención y de análisis que se hacen desde la cooperación internacional.” E # 8

Otras personas entrevistadas, sin embargo, son del criterio de que en relación con la *tecnología de implementación*, que el modelo *Vertical*, con el abordaje alrededor de la figura médica, es la más favorable para una respuesta “integral”,

“...lo que se conoce como entrenamiento en servicio...el médico viene pasa a visita con nosotros, vamos a la consulta externa juntos, hacemos procedimientos diagnósticos juntos, y hacemos revisiones teóricas también, verdad, de los temas. En cuanto a enfermería son 15 días de entrenamiento...y luego pasan con las enfermeras del CAI, haciendo el trabajo y aprendiendo como es el trabajo de los ARVs, el manejo de ciertos medicamentos especiales para infecciones oportunistas, Microbiología también son dos semanas, Farmacia dos semanas, Psicología, Trabajo

social, y a cada una de ellas se les envía con su contraparte del CAI, para que continúen con esa misma metodología de aprender haciendo...” E # 4

Por último, en relación con los *mecanismos de autoridad* desde el punto de vista del *Enfoque de Respuesta Clínico-Multidisciplinar*, algunas personas consideraron que la forma como se ha ejercido la autoridad, de parte de quienes la detentan, ha tendido a promover la sumisión y el *Paternalismo*:

“...Cuando yo voy a mirar a “María”, “X”, o personas en un grupo de auto-apoyo que, vaya, realmente con una vindicación de su derecho humano y me diga, mire, me estoy ocupando de un problema “x” que afecta mi grupo de auto-apoyo. No. Van sumisos, con miedo al castigo, con miedo a que me quiten el viático, con miedo hacia esos...o sea...yo creo, te vuelvo a decir, todo ese instrumentalismo es maquiavélico...” E # 3

En el siguiente apartado, analizamos los componentes de la respuesta nacional identificados, tanto en los documentos nacionales analizados, como en las aportaciones de las personas entrevistadas, que pudieran ser ubicados como parte de un enfoque alternativo, más amplio e integral.

El Enfoque de Respuesta de Derechos Humanos-Transdisciplinar en VIH y SIDA en Honduras

Bajo el *Enfoque de Respuesta de Derechos Humanos-Transdisciplinar*, hemos incluido la gama de documentos nacionales en los cuales existen *objetos* de discurso con óptica de *Universalidad*; una *conceptualización* tendiente a la *Vulnerabilidad*; *estrategias* de tipo *interdisciplinario*; *mecanismos de autoridad* que propician la *Autonomía*; y *tecnologías de implementación* que promueven la *Integralidad*.

Al pasar revista a los 18 documentos nacionales analizados, solamente se consideraron dos de ellos, que contienen algunos elementos en común; no obstante, como veremos, la mezcla de *interacciones* y *contradicciones* discursivas identificadas, no alcanzan a dar un balance positivo para calificar dentro del *Enfoque de Derechos Humanos-Transdisciplinar*.

Por su parte, las contribuciones realizadas por las personas entrevistadas, se ubican más en un plano de análisis y de *desiderata*, respecto de una *respuesta integral* al VIH y SIDA en el país.

Previo a la elaboración del *II Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA 2003-2007*. *PENSIDA II* en 2003, se realizó un exhaustivo análisis de la *respuesta nacional* ante el VIH y SIDA, que se había dado hasta ese momento, como producto de la implementación del primer PENSIDA. Una síntesis de dicho análisis aparece al inicio del documento del II PENSIDA, en que se sientan las bases para el que ha sido, a juicio de esta investigadora y de otras personas entrevistadas, el *Plan Estratégico* con mayor visión para afrontar el VIH desde una óptica integral, pero que, como veremos al analizarlo en sus *interacciones y contradicciones*, no tenía los elementos suficientes para llevarse a la práctica.

Los *objetos* de discurso en dicho II PENSIDA tienen carácter de *Universalidad*, ya que se planteaba el énfasis en un *Enfoque de Derechos Humanos*, y se trazaban acciones de prevención a ser desarrolladas con la *Población General*, en lugar de dirigirse solamente a poblaciones específicas. Se apelaba a conceptos en el ámbito de la *Vulnerabilidad*, como ser la *Dignidad, Aceptabilidad y Accesibilidad*; en tanto que las *estrategias* contempladas incluyeron la *Intersectorialidad*, la *Mayor Participación de las PVIH*, y la *Educación Sexual* en el *Sistema Educativo*.

Según lo visto, en dicho documento se dio una *interacción* entre los *objetos, conceptos y estrategias* planteadas. La dificultad que se dio con el II PENSIDA, que en cierto modo repetía la situación del primer PENSIDA, fue que las *tecnologías de implementación* que se utilizaron, siguieron siendo las de un *Enfoque de Respuesta Clínico-Multidisciplinar*, con todas las características que han sido discutidas ya en el apartado anterior.

Por otro lado, una característica en relación con el II PENSIDA es que fue un ejemplo más de *contradicción* en sus *mecanismos de autoridad*, entre la *Autonomía* y el *Paternalismo*, al instrumentalizarse la participación de los involucrados en la planificación, sin que posteriormente se diera seguimiento a su planeación anual, presupuestación y ejecución, conforme a lo consensuado y estipulado en el *plan*, como sucedió con el Área Estratégica de *Investigación*, en la que, durante los cuatro años de vigencia del II PENSIDA, ni siquiera llegó a definirse una agenda de investigación nacional en VIH y SIDA.

El otro documento analizado en el que se dieron visos de renovación para una *respuesta nacional integral* fue el emitido por la *Comisión Nacional de SIDA*

CONASIDA en 2005, como un intento para relanzar la comisión, en una *Estrategia de Coordinación*. En dicho documento se especificaron bien algunas estrategias de *Intedisciplinariedad* e *Intersectorialidad*, en *interacción* con *tecnologías de implementación* acordes con la *Integralidad*, con el propósito de darle un mayor impulso a las *políticas públicas* en el tema. Parte de dichas *estrategias* detallaban las necesidades presupuestarias para un cuerpo técnico mínimo que permitiera establecer lazos de coordinación entre la CONASIDA y los diversos sectores, tanto del gobierno, de la sociedad civil y de la empresa privada, que facilitaran la programación y ejecución de actividades coordinadas, tanto de carácter *preventivo*, como de *atención* y *apoyo*. No obstante dichos esfuerzos, en el nivel decisivo político no se aprobó el presupuesto necesario para poder llevar a la práctica las estrategias planificadas. Estas dificultades que influyeron negativamente para su posterior implementación se discuten con mayor detenimiento en el último apartado de este capítulo.

En relación con los elementos que constituyen el *Enfoque de Respuesta de Derechos Humanos-Transdisciplinar*, según las personas entrevistadas, la *conceptualización* de la *Vulnerabilidad* ante el VIH y SIDA se manifiesta de diversas maneras, más allá de las consabidas relaciones sexuales de riesgo; de distintas maneras, que incluyen aspectos cognoscitivos para los que hay que ahondar en respuestas educativas:

“...tal vez hemos visto los retos especiales como llaman ahora...pero no nos hemos preocupado por las discapacidades cognitivas, porque posiblemente muchos nos enamoramos de un discurso, queriendo ser transformadores o poner una pildorita por ahí y hay discapacidades cognitivas que el discurso no llega, el discurso no es razonante...” E # 3

Estas *vulnerabilidades*, es importante considerarlas en el contexto del país, en el cual muchas de ellas son no son privativas de las PVIH, sino que son, de hecho, parte de las características de la *población general* también. No obstante, las PVIH las padecen en carne propia, por sentir que no pueden aprovechar oportunidades, para las cuales no se encuentran preparadas:

“Sí, estamos hablando de empleados, porque son los empleados que como persona viviendo con VIH se le ha dado la oportunidad de, de tener un trabajo, para que pueda...encontrar algo de que la mismas personas que viven con VIH sean los que puedan decir pues, aquí hay un puesto de para asistente administrativo. Mandan los términos de referencia demasiado altos que, que una persona viviendo con VIH que es poco

estudiada no pueda acceder a ese, a ese vacante o a ese espacio que está ahí.” E # 6

Lo que se percibe es que la situación de dificultades para acceder a empleos dignos para las PVIH no es solo privativo de ellas, sino que ese tipo de *Vulnerabilidad* es general, y demanda de *políticas públicas* generales que la afronten directamente con el concurso de diferentes sectores involucrados.

En relación con el grado de *Interdisciplinariedad* de la respuesta nacional, desde el sector académico, las personas entrevistadas manifestaron la imperiosa necesidad de trascender, de una óptica interdisciplinaria hacia la transdisciplinariedad:

“...el VIH-SIDA es en este momento ya una situación cuyo abordaje es claramente transdisciplinario; es decir, si nosotros pretendemos seguir abordando el VIH-SIDA desde un enfoque interdisciplinario y no asumimos que el VIH-SIDA es un campo que tenemos que verlo con una mirada nueva que implica romper límites donde ya no es posible seguir hablando de lo económico separado de lo social, de lo ético, de lo ambiental, de lo cultural, verdad?” E # 8

No obstante lo deseable que sea la transdisciplinariedad, se es consciente de las dificultades que este enfoque entraña, básicamente por las limitaciones de índole conceptual, sobre lo cual es imperioso continuar trabajando:

“...la posibilidad de construir interdisciplinariedad, yo la situó fundamentalmente ahí en esa posibilidad de diálogo entre la academia y el mundo real para traer ese mundo real, porque si no, si seguimos poniendo nuestras mediaciones tradicionales vamos a seguir teniendo una mirada parcial, fragmentada y no transdisciplinaria...” E # 8

“...uno lo mira, por ejemplo en, en las llamadas mesas sectoriales...la misma CONASIDA donde muchas veces lo que se genera es una tensión entre la academia y los, los otros sectores no académicos y muchas veces se debe a que nuestra postura en esos espacios participativos es de, de posicionar que nuestro saber y nuestro hacer es superior al de..., entonces difícilmente allí esa, esa construcción transdisciplinaria se va a dar”. E # 8

En relación con las *tecnologías de implementación* de *Integralidad* en VIH y SIDA en Honduras, algunas de las personas entrevistadas fueron más allá de la *Integralidad* de las acciones, para profundizar en aspectos de índole ético:

“Es muy complejo, porque realmente nadie vive la vida de la otra, pero hay un principio que no se establece en el mundo que es el principio de la solidaridad...habría que preguntarse si en toda esta trayectoria del VIH-SIDA nos hemos reconocido realmente como personas o no? Fíjate como viene la fragmentación, el individualismo, la sospecha, los protagonismos

que son encapsulados en categorías, porque por ejemplo si te dicen ‘ah, fulano de tal viene con un título de x tal, epidemiólogo, y de Atlanta, y del CDC y todo’, dejo de ser persona, empiezo a ser un constructo de las virtudes en nomenclatura, en simbólicos.” E # 3

Es importante destacar, que los ámbitos de discusión de este tipo de temas son extremadamente escasos. A lo sumo, al hablar de aspectos éticos, se discuten aspectos relacionados con protocolos de investigación que cubran aspectos de respeto hacia la confidencialidad que merecen los participantes, pero no se ahonda en las motivaciones o expectativas de las personas involucradas en tareas, ya sea profesionales o en una línea de voluntariado. Quizás algunos espacios de reflexión están mayormente en los ámbitos académicos.

Se plantea también la necesidad de abrir las discusiones a nivel de la sociedad, de democratizar el modelo de intervención social de forma dinámica y estructural en función de los diferentes niveles de formación o educación. Es preciso abordar el tema de *Derechos Humanos* desde los ámbitos educativos formales, pero también en otros espacios que nos convoquen como ciudadanos, sujetos de derecho, de una manera que supere la *fragmentación*:

“...llegar al siglo XXI y que me estén hablando de enfoque de derechos humanos o que me estén hablando de una lógica de resultados...es como una involución...me dicen que hay que fragmentar las cosas, en vez de hacer la cohesión...apostemos por...la normativa jurídica...por la atención integral...otros, mejor no nos metamos en el tema integral y pensemos que lo integral es la suma de las partes...por qué estos científicos sociales están cuestionando la integralidad, si esas partes están puestas, está el edificio, están las camillas, está el epidemiólogo, están los ARVs. ¿Qué más quieren? Entonces el concepto de integral que también es inherente al discurso de los Derechos Humanos, ni siquiera ha pasado por una criba, un ejercicio que se den cuenta la ingenuidad de la conciencia, que ata la capacidad de pensar.” E # 3

Considerando la reflexión anterior, es importante recordar que el abordaje de los *Derechos Humanos*, para ser legítimo, debe promover el *empoderamiento*, lo cual difícilmente puede darse si se aborda de manera *focalizada*, a través del discurso sobre *Estigma/Discriminación*, el cual, paradójicamente, se convierte en estigmatizador, no solo de las PVIH, sino del propio tema de VIH y SIDA, con las indeseables consecuencias de reiterar en la negación y el silencio; y limitando las posibilidades de convertirlo en un tema abierto al diálogo en todos los niveles, y con participación abierta de toda la sociedad.

El enfoque más amplio e inclusivo de *empoderamiento*, se constituye en la versión propositiva, de los *Derechos Humanos*, promoviendo la *Autonomía*, al superar el trillado enfoque centrado en la recepción de denuncias y de quejas de los afectados; que si bien, tiene que ser parte del sistema nacional de administración de justicia, suele quedarse en una mera acción de elevar una queja, sin mayores opciones para ejecutar acciones en el propio sistema de salud, de sus funcionarios y operadores, con propósitos de mejoramiento del sistema y de los servicios de salud; o de restitución del daño de las personas afectadas.

La limitación de la *Autonomía* es otro efecto negativo del abordaje de *Derechos Humanos* a través del *estigma y discriminación*, el cual plantean las propias PVIH:

“...hasta yo misma cuando me pongo a analizar de tanto de hablar de estigma y discriminación nosotras mismas nos auto-discriminamos...” E # 6

No obstante, el recorrido realizado por las PVIH durante todos los años de la epidemia en el país, les ha permitido irse fortaleciendo en sus capacidades para enfrentar las adversidades. Los siguientes testimonios que, quizás no puedan generalizarse a las mayorías que no han tenido mayor contacto con los grupos de auto-apoyo y sobre el conocimiento de la *Ley Especial del VIH*, así como de sus derechos y recursos disponibles, nos dan sin embargo, una idea de lo que puede llegar a ser posible al fomentar las *capacidades objetivas* y las *relaciones de comunicación* de los involucrados:

“...de ONUSIDA empezaron a decirme que si...si ya estoy preparada para poder participar en espacio público...[pero]... muchas veces llega a esos espacios, hay, la gente que están en esos espacios hablan de otra, digamos que en otro idioma que uno si no está empoderado... y fue difícil... pero como le digo es difícil estar en esa temática y estar como no dar la cara, no dar la cara y estar esperando que otra persona den la cara por uno, que no están en el mismo zapato de uno...” E # 6

“Lo más difícil es, es el miedo, el miedo a, al, a que las personas los mismos vecinos o la misma personas de su, de una comunidad lo señalen a uno, eso, eso es el miedo... decir y ahora que ya soy una persona empoderada, una persona líder, y ahora yo ya digo no, si no era tan, todo es un proceso...” E # 6

Los pasos que han dado las PVIH, en los cuales se ha podido compaginar el *empoderamiento* y la *autonomía* de las que han estado vinculadas, principalmente a procesos educativos, les han permitido superar las limitaciones personales; no

obstante, para trascender a un ámbito más generalizado, se demandan acciones más permanentes e integrales, en las cuales los beneficios del *empoderamiento* para lograr la *Autonomía*, puedan darse de manera generalizada, a través de procesos sostenibles de *Formación de Recursos Humanos* y de *Educación en Derechos Humanos*, para lo cual se demanda de alianzas entre actores no tradicionales; que puedan ser liderados por sectores de la *sociedad civil* organizada. Al respecto, se ven algunos progresos, como manifiesta una persona entrevistada:

“...creo que la evolución ha sido mayor, ha sido mayor y evidentemente mayor en la sociedad civil porque de hecho cuando comienza el MCP que yo tuve la oportunidad de participar en algunas de las reuniones... La sociedad civil era bastante llamada al silencio...casi siempre estaban ahí presentes, pero no empoderados de su, de su, de su membrecía, verdad; yo ahora eso lo veo que ha cambiado mucho...cuando ya están en esas reuniones uno observa que ya manejan mejor los estatutos...” E # 5

No obstante los avances mencionados a un nivel individual, es mucho lo que aún falta por avanzar en la respuesta del Estado, lo cual está íntimamente vinculado con las capacidades colectivas de fortalecer la *Gobernanza* en los tiempos de *Globalización*; tema que pasamos a discutir a continuación.

Análisis de las *Relaciones de Poder* en VIH y SIDA en Honduras: *Globalización y Gobernanza*

Michel Foucault, quien nos ha guiado en el laberinto analítico a partir de su propuesta *arqueológico-genealógica* de análisis discursivo, ha propuesto, al hablar sobre la “*Gobernamentalidad*”, que esta:

“... es al mismo tiempo interna y externa al Estado –dado que son las tácticas del gobierno las que hacen posible la continua definición y redefinición de lo que está dentro de las competencias del Estado, y qué es lo que no, lo público versus lo privado...”⁵⁴⁶

La idea, en esta última sección del capítulo, es realizar un balance sobre la tensión entre *Globalización* y *Gobernanza* en Honduras, a la luz de la influencia de los discursos internacionales sobre VIH y SIDA en la producción discursiva nacional; considerando además las experiencias de connotadas personalidades alrededor de dicho tema que han sido entrevistadas al efecto.

⁵⁴⁶ Foucault, M. (e. o.: 1978b) Op. cit. p. 24

Al revisar la dinámica de las *metas estratégica de poder* presentes en los documentos internacionales y nacionales, que han sido denominados de *Globalización* y *Gobernanza*, respectivamente, podemos advertir que en varios *eventos* que se han desarrollado alrededor del VIH y SIDA a lo largo del tiempo de respuesta ante el mismo, las *metas estratégicas* internacionales, han prevalecido por encima de las *metas estratégicas* nacionales declaradas en algunos documentos de política nacional. Dicho con otras palabras, se han dejado a un lado los intereses nacionales en relación con una respuesta amplia e integral, en función de propuestas que reportan ventajas de costo-beneficio, acordes a las *metas estratégicas de poder* de carácter neo-colonial. Como lo explica, de manera descarnada un experto nacional en el tema:

“...entonces al final el país ha entregado todo en las manos de la Cooperación, o sea creo que la Cooperación puede responder y en determinados momentos cuando ha habido un grupo técnico de peso responde, pero frente a la debilidad, usted entrega el país en manos de decisiones externas...” E # 7

Estas y otras manifestaciones de personas involucradas apuntan claramente a la necesidad de escudriñar las *relaciones de poder* existentes que, según Foucault, demandan de establecer una serie de puntos: un *sistema de diferenciaciones*; los *tipos de objetivos* que persiguen los involucrados en las relaciones de poder; los *modos instrumentales* y las *formas de institucionalización* través de las cuales dicho poder se establece; y los *grados de racionalización* para el establecimiento del poder.⁵⁴⁷

En el escenario hondureño del VIH y SIDA han surgido, con el correr de los años, espacios de poder en los cuales, dadas las exigencias internacionales, más que los avances en materia de participación ciudadana; se han tenido que flexibilizar y abrir las oportunidades para que las personas afectadas opinen, participen y decidan sobre aspectos relacionados con planes, programas, proyectos, inversiones, entre otras cosas; que han demandado de mecanismos o instancias de participación, que anteriormente no se habían acostumbrado en ningún otro tema de salud.

Las principales instancias *internacionales* son las agencias de cooperación en el país, encabezadas por las del *Sistema de las Naciones Unidas*, que comprenden, en primer lugar a ONUSIDA, la OPS/OMS, el UNFPA, UNICEF, PNUD, el PMA y Banco Mundial. Por otro lado, los cooperantes bilaterales en VIH y SIDA, que durante

⁵⁴⁷ Foucault, M. (e. o.: 1982) Op.cit. p.140-141

el tiempo que abarca este estudio, comprendía a USAID, ASDI, JICA, ACDI y GTZ. En conjunto conformaban la *Mesa de Cooperación Externa en Salud y Reforma* (Mesa CESAR) y, más recientemente, a partir del año 2005, cuando se emite la *Declaración de París sobre Efectividad en la Cooperación*, a través del GTA o *Grupo Temático Ampliado en VIH/SIDA*.

Las instancias *nacionales* más importantes para el ejercicio de poder en el tema en Honduras han sido, entre otras, el *Departamento ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud*, la *Comisión Nacional de SIDA CONASIDA*, la cual, es presidida por el Ministro de Salud, cuya Secretaría Técnica la ejerce el Jefe de Departamento de ITS/VIH/SIDA, y que cuenta con la participación de otras Secretarías de Estado y representantes de la Empresa Privada; el *Mecanismo Coordinador de País MCP*, que tiene una composición tripartita entre instituciones de gobierno, cooperantes internacionales y representantes de la sociedad civil en los temas de Tuberculosis, SIDA y Malaria; la *Asociación Nacional de Personas Viviendo con SIDA de Honduras ASONAPVSI DAH*, que aglutina a muchos grupos de autoapoyo sobre SIDA y tiene una junta directiva que es electa bianualmente; y el *Foro Nacional de SIDA*, instancia de sociedad civil, que funciona a través de una Unidad Técnica y Capítulos regionales en varios departamentos del país, e incluye a muchas ONGs que trabajan en el tema de VIH y SIDA.

El devenir de dichas organizaciones a lo largo del tiempo, ha sido descrito ya en otros apartados de este trabajo; profundizaremos ahora en la operatividad de las relaciones de poder que influyen de manera significativa en las tensiones entre las *metas estratégicas de poder: Globalización y Gobernanza*.

a) *Las diferencias en las capacidades objetivas* de los involucrados

Para comenzar, es importante recordar que las *relaciones de poder* entre los involucrados, internacionales o nacionales, sean estos individuos, grupos, organizaciones o instituciones, no se manifiestan de manera definida e invariable; sino que oscilan en función de los intereses en juego que, hacen que se varíen opiniones, posiciones o defensa de determinados argumentos o causas, en unos contextos o momentos de una manera y en otros contextos o momentos, de otra. Las capacidades, por tanto, son proclives de manifestarse o replegarse en función de dichos intereses, personales o colectivos.

Por *capacidades objetivas*, vamos a entender, para los propósitos de este análisis, las fortalezas tangibles que las personas tienen y que les confieren un orden o jerarquía que les permite “...abrir todo un campo de respuestas, reacciones, resultados y posibles intervenciones.”⁵⁴⁸

Bajo esos términos, las personas individuales, o las agrupaciones, instituciones u organizaciones pueden llegar a disponer de cuotas de poder, ya sea a través de diferencias en su estatus, en su nivel de conocimientos, en su jerarquía dentro de una institución, en el ámbito de decisiones que en determinado contexto pueden tomar, en el nivel de afectación que esas decisiones puedan llegar a tener sobre los demás; así como otro tipo de diferencias de orden cultural, incluyendo las diferencias en las orientaciones sexuales que ostenten.

Poder llegar a definir con precisión cada una de las diferencias que caracterizan a los constituyentes de determinado grupo u organización se convierte, por tanto en una empresa compleja, que trasciende los límites de este estudio, pero que, no obstante, tomaremos algunos de sus indicadores, ya sea de índole documental o testimonial para seguir el curso de estas diferencias y de sus correspondientes repercusiones en el ejercicio del poder.

El ámbito de las agencias de cooperación multilateral, como cualquier otro grupo humano gobernado por reglas y normas, no obstante está también regido por la misma dinámica de poder que cualquier grupo humano en el cual las diferencias de estatus, privilegios, conocimientos y competencias se hacen sentir. El grupo denominado ONUSIDA, integrado por diferentes agencias que representan a un tema o sector distinto, desde el punto de vista disciplinar, no es la excepción.

Así, se puede constatar a través de la producción documental sobre VIH y SIDA que se da a partir del año 1997, hasta el presente, cuáles han sido las tendencias disciplinares y temáticas predominantes y cuáles las que han sido más bien escasas; lo que denota la importancia atribuida al tema y/o el nivel de poder que los representantes de las diferentes disciplinas pueden llegar a acumular en determinado momento. Prueba de ello es el auge y posterior declive de enfoques de abordaje amplios versus otros más reducidos que los han seguido, y de los que ya se ha comentado anteriormente.

⁵⁴⁸ Foucault, M. (e. o.:1982) Op. cit. p. 138.

Es de señalar también aquí, el escaso impacto que han tenido, algunos pocos documentos valiosos que, desde las Ciencias Sociales, han pretendido dar su aporte, no solamente para una mejor comprensión de fenómenos conductuales y contextuales que caracterizan la *vulnerabilidad*, sino que inclusive, además de aportar directrices o lineamientos de abordaje bajo esa óptica, también han presentado una serie de *indicadores* para ser incorporados en los planes de *monitoreo y evaluación* de acciones *preventivas* y de *promoción de la salud*, pero que no han sido adecuadamente aprovechados hasta ahora.⁵⁴⁹

El asunto a destacar aquí, no obstante, es que a pesar de que dichas aportaciones pudieran contribuir de manera significativa para la ampliación de las respuestas nacionales, habida cuenta de poder constituirse en herramientas valiosas para la planificación en VIH y SIDA; se continúa reiterando de manera tozuda en el mismo tipo de indicadores de resultado y de impacto, durante más de una década, a pesar de que se pregonaba que los *objetos* de estudio son de carácter universal; de que la *vulnerabilidad*, es contextual y de que se requieren abordajes *interdisciplinarios e integrales*,⁵⁵⁰ es decir, que presentan las características del *Enfoque de Derechos Humanos-Transdisciplinar* que estamos proponiendo en este trabajo.

En síntesis, las *relaciones de poder* a nivel disciplinar en las agencias multilaterales, aparentemente están preñadas también, por los mismos aspectos de estatus del conocimiento, privilegios de las competencias, ejercicio de autoridades y otras funciones destinadas únicamente a quienes ostentan determinado grado y/o disciplina o para quienes se ubican en las posiciones de decisión y de poder en dichas organizaciones y que, coincidentemente, son los mismos.

A partir del año 2005, se produjo la *Declaración de París sobre Efectividad en la Cooperación*, en la cual participaron las agencias del *Sistema de las Naciones Unidas*, conjuntamente con las agencias de cooperación bilaterales de los principales

⁵⁴⁹ Ver: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2001) *HIV/AIDS and communication for behavioral and social change: program experiences from an international workshop*. UNAIDS. Geneva. y Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2006) *Report of the UNAIDS Technical Consultation on Social Change Communication*. UNAIDS. Geneva.

⁵⁵⁰ Ver: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2003) *Directrices para la elaboración de Indicadores básicos*. ONUSIDA. Ginebra; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. (2005) *Directrices para el desarrollo de indicadores básicos*. ONUSIDA. Ginebra; y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. (2008) *Directrices para el desarrollo de indicadores básicos*. ONUSIDA. Ginebra.

países donantes. A partir de este texto la situación se puso más complicada para los enfoques *interdisciplinarios* e *integrales*, debido a las exigencias sobre la *eficiencia* que debía darse, de parte de los países receptores de la cooperación, con una co-responsabilidad de parte de los países y/o agencias donantes. Esta situación fortaleció más aun al poder *Globalizado*, lo cual supondría una prueba mayor para las capacidades de *Gobernanza* de los Estados receptores de la cooperación internacional.

Sobre las formas como se ha expresado dicha tensión, algunas de las personas entrevistadas fueron del criterio que, debido a que las agencias de cooperación tienen sus propias agendas que cumplir, en ocasiones se extralimitan en las competencias y funciones que supuestamente les son conferidas; y que esta situación, lamentablemente es consentida, por las mismas debilidades técnicas, políticas y/o personales de los representantes nacionales.

“...a tal grado que el informe...[para UNGASS]...allá en CONASIDA, que por cierto tuvimos que esperar más de una hora para que llegara el último representante y hacer quórum, eh no lo hizo el Secretario Técnico, lo hizo el Director de País de ONUSIDA...y eso CONASIDA no lo ve bien...” E # 2

“...entonces volvemos a lo mismo la, la, el poco liderazgo técnico de la respuesta nacional a través de CONASIDA o a través de, del Programa Nacional que no logra establecer una agenda...” E # 7

Desde el punto de vista político, esta situación en Honduras, no es privativa del tema de VIH y SIDA, ya que existe la práctica de la rotación de personas en puestos clave de la administración pública, con el agravante de que, los que llegan a reemplazar a quienes anteriormente se desempeñaban, no necesariamente tienen la misma visión o se guían por lineamientos estratégicos plasmados en planes multianuales, que muchas veces quedan solamente como un requisito que demandan las agencias donantes, para poder calificar a la cooperación técnica y/o financiera que se solicite. Esta situación, de poca *Gobernanza*, obviamente repercute en el nivel de autoridad que la *CONASIDA* o la propia *Secretaría de Salud* puedan tener.

No obstante, las diferencias en las capacidades no son solamente institucionales, sino que también existen a nivel personal de los representantes ante las instancias correspondientes:

“...por eso algunas de las agencias de cooperación también promueven sus propias agendas entre ellos para buscar protagonismo, entonces al

final los pobres son utilizados, utilizados o sea y luego que...realmente la ¿Cuál es la prioridad en las personas viviendo con VIH? Sobrevivir...o sea es que hasta que usted no se ponga en los zapatos de ellos, no va a entender.” E # 7

“...la sociedad civil en la que nosotros vivimos acá, es de las más fragmentadas que hay...hay una especie de un juego perverso en todo el tema de VIH/SIDA, la seducción, una seducción perversa de que en la medida en que yo te saco o te quiero sacar del simbolismo, vos en vez de reconocerte en tu yo pleno, te instalas en una ceremonia de que ahora sos persona VIH...de pronto sos el símbolo del VIH, y te exhibo, pero vos te enamoras de la seducción del VIH.” E # 3

Esta explicación sobre las debilidades para la coherencia nacional, que vienen dadas desde las limitaciones institucionales y de las formas de gobierno en general, hasta las carencias y debilidades personales, no es vista por algunos profesionales solamente en forma negativa; sino que consideran que, dado el poco contexto nacional para la participación ciudadana, las PVIH han realizado esfuerzos notables para su crecimiento como grupo.

“Yo diría que...era como cómodamente que la sociedad civil como estaba poco informada o poco desarrollada sus habilidades era hasta cómodo para el MCP hasta tomar decisiones...ahora cuesta, hay que negociar bien y hay que tenerlos convencidos a ellos y para mí eso es un crecimiento de la sociedad civil porque ellos ya cuestionan, y cuestionan con respeto...ellos ya tienen, verdad, conocimiento de que tienen que haber procedimientos.” E # 5

No obstante, el hecho de haberse dado un crecimiento o mejoramiento de sus capacidades políticas, técnicas y discursivas, no siempre es una garantía de que los intereses en juego sean para beneficio de las mayorías a quienes se representa, como veremos a continuación.

b) Los *tipos de objetivos* de los involucrados

Según Foucault, un segundo tipo de aspecto a indagar en las relaciones de poder, son los *tipos de objetivos* que los agentes involucrados persiguen, entre los que destaca, la obtención o mantenimiento de privilegios, prebendas o beneficios, ya sea monetarios o en especie; así como el ejercicio de formas diversas de autoridad estatutaria; el ejercicio de una función o intercambio.⁵⁵¹

⁵⁵¹ Foucault, M. (e. o.: 1982) Op. cit. p. 140.

Dadas las características de las instituciones de gobierno, así como el grado de cohesión de las organizaciones de sociedad civil que se comentó en el apartado anterior; este tipo de aspecto de las *relaciones de poder*, es considerada más bien, como una característica de la sociedad hondureña en su conjunto, y fue uno de los aspectos sobre el que las personas entrevistadas se pronunciaron de manera más abundante. En primer término, sobre la parcialidad e inconsistencia con que las instituciones de gobierno responden a los objetivos para los cuales se supone que han sido creadas:

“...más yo lo veo vinculado con el empobrecimiento de los servicios de salud en general...hay muchas carencias, hay muchas debilidades en los servicios, falta de medicamentos...de pruebas de diagnostico, en general o especiales, serias...se arruina una máquina para hacer químicas, por ejemplo, se arruina porque no han pagado o porque son concesionadas con los insumos, dan la máquina...el equipo hay que comprar los reactivos, no hay presupuesto tienen un año de no pagarles, levantan la maquina y se la llevan...” E # 1

“...yo he tenido el temor de que los médicos, no sean tan responsables, tan capaces de hacerlo...yo creo que ese mejoramiento de calidad tiene que ver con esa facilidad que hemos tenido...de tener esa ayuda externa...por todos estos años, pero que también ha tenido que ver con las personas que han estado conduciendo este proceso y...toda la influencia que han tenido todas las organizaciones también de afuera.” E # 1

El nivel de influencia que han llegado a tener estas agencias de cooperación, tradicionalmente no ha sido cuestionado, e incluso ha sido visto como una especie de *co-gobierno*, por la extrema dependencia sobre la asistencia, tanto técnica como financiera; no obstante, como señalan algunos profesionales vinculados a las mismas, en los últimos tiempos, se discute sobre el límite que debe tener ese asocio, ya que, aparentemente con ese grado de injerencia, no se promueve la *Gobernanza* nacional, como apunta una de las personas entrevistadas:

“...donde se identifica la debilidad, que entonces se siente responsable la cooperación de que no se fortalezcan las instancias nacionales...se va sintiendo la cooperación como que no está contribuyendo a fortalecer ese que... y que para eso supuestamente es la razón de ser de la cooperación, se forma para que el país quede con la capacidad instalada, y entonces ahí viene la...situación de la divergencia que usted dice bueno yo estoy aquí apoyando al país, o qué estoy haciendo aquí...” E # 5

Las consecuencias negativas que se desprenden de la dependencia nacional hacia la cooperación externa, no solamente se conciben en términos de impedimento para desarrollar las fortalezas propias, de robustecimiento de la *Gobernanza*; sino que,

también desde una óptica más técnica y pragmática, se ve como un impedimento para ir desarrollando y madurando las propias respuestas acordes con los tiempos, respuestas necesarias que desde el punto de vista del proceso de democratización del país demandan procesos complejos, sobre todo si se conciben desde una óptica *transdisciplinaria e integral*. Así se plantea desde la óptica académica:

“...Y quizás a futuro a la transdisciplinariedad, pero claro, ahí también volviendo al tema de la Cooperación Internacional como no hay una respuesta nacional donde el Estado en su agenda de Estado coloque el VIH/SIDA con alta prioridad, la dependencia hacia la cooperación técnica y financiera externa es alta, entonces la cooperación tiene unos tiempos muy de, de, un enfoque pragmático, verdad, de resultados, de donantes a los que hay que rendir cuentas y el trabajo de construcción de inter y transdisciplinariedad tiene unos tiempos diferentes...” E # 8

Paradójicamente, esa óptica académica *Transdisciplinaria*, deseable de lograr en el futuro, es vista en términos diametralmente opuestos, por parte de otros representantes académicos; esta vez, desde una óptica *Clínica*, lo cual complejiza la toma de decisiones y las acciones coordinadas:

“...algo que a mí siempre me llamó la atención es que, todos los fondos que se asignaron para compra de ARVs, para compra de medicamentos, de reactivos, todo eso las metas se llenaron y las metas se cumplieron; en cambio el dinero que se entregaba a muchas ONGs, las metas nunca se cumplían, pero siempre en el MCP se continuaba apoyando que se continuara dando el dinero a sociedad civil, las organizaciones sombrillas y todo eso.” E # 4

“A mí me llamo la atención porque muchas veces se planteaba, bueno el dinero que no ejecutaron en sociedad civil y que le hace falta a la Secretaría para compra de más medicamentos, de más reactivos y pago de más personal, por qué no se puede trasladar?” E # 4

Lamentablemente, las razones que se aducen para considerar que es preferible emplear mayores recursos en compra de medicamentos, en lugar de continuar apoyando el fortalecimiento de ONGs que proceden de la sociedad civil para el desarrollo de proyectos y actividades para la *prevención* del VIH y SIDA y para la *promoción de los Derechos Humanos*, ha estado vinculada, no solamente a las debilidades técnicas de estas organizaciones; sino más bien, a la lucha de intereses entre ellas mismas, que les ha caracterizado, y les ha hecho ganarse la fama de organizaciones conflictivas, que buscan satisfacer intereses personales o de pequeños grupos, en vez de pensar en lo que es mejor para la respuesta nacional. Esta situación es, también explicada en términos de las carencias nacionales generalizadas:

“...siempre he pensado la gente que hemos trabajado en SIDA desde que empezó la epidemia, cuando no había dinero, cuando no había Fondo Global, éramos cuatro gatos y son los mismos cuatro gatos que vamos a quedar cuando se vaya Fondo Global, mientras está el dinero de Fondo Global hay una fiesta de organizaciones que lo que les interesa no es el tema de VIH, sino el dinero que está alrededor del tema de VIH.” E # 4

“...un país pobre viviendo con VIH, pocas oportunidades laborales y vienen agencias a darle oportunidades de trabajo a personas viviendo con VIH, es una pelea de, de, de tiburones...para ver quien se echa la mejor mordida cuando hay propuestas Garífunas, la mejor mordida cuando hay propuestas HSH, las pobres mujeres trabajadoras del sexo que nunca se han organizado y siempre son invisibles y siempre estigmatizadas, pero nunca los clientes son, masculinos ellos están, son libres de culpa y todas esas cosas, los privados de libertad que siempre es mejor matarlos que intervenirlos...igual desde la perspectiva de la, de los grupos, de las personas viviendo con VIH...hay grupos de interés dentro de ellos mismos...” E # 7

También, las carencias de tipo personal son aceptadas por las mismas PVIH, quienes, consideran que con el correr del tiempo, la crisis que afrontan los grupos de personas viviendo con VIH se ha ido agudizando, debido a que el ejercicio de autoridad de parte de los entes rectores en materia de políticas sobre VIH y SIDA, lejos de fortalecerlos como grupo, más bien ha contribuido a exacerbar sus contradicciones internas, debido a que su participación en los órganos de dirección ha sido en gran medida instrumentalizada:

“...está fragmentado, hay un...cierto grupito que está por su lado, el otro grupo está... entonces está fragmentado, digamos el grupo organizativo está fragmentado, es igual como el de sociedad civil...ante el Mecanismo Coordinador de País está fragmentado, entonces así siento yo que está organizativamente...falta de educación o falta de empoderamiento. Que los líderes...no quieren dejar el legado para que otros...todo el tiempo...el protagonismo.” E # 6

La variedad de circunstancias que han fomentado las pugnas intestinas en las organizaciones que tienen representación en los órganos decisorios, como, el MCP y los capítulos regionales del *Foro Nacional de SIDA*, o la falta de operatividad de la CONASIDA, están relacionados, no solo con los *objetivos* que buscan lograr los representantes, sino con la normativa que los rige.

c) Los *modos instrumentales de ejercicio del poder*

Siguiendo el planteamiento foucaultiano del análisis de las *relaciones de poder*, otro elemento a considerar son los *modos instrumentales* a través de los cuales se

ejerce el poder. Me refiero a los medios e instrumentos, llámese ejercicio de la fuerza, coerción por disparidades económicas o medios sofisticados de reglamentos y normativas.

El caso más llamativo en Honduras, como se ha mencionado ya antes, es la supuesta autoridad que la *Ley Especial del VIH/SIDA* le confiere a la CONASIDA, y el poder real que en la práctica ha ejercido el *Mecanismo Coordinador de País MCP*, para la ejecución del proyecto nacional financiado por el *Fondo Global*. El meollo del asunto lo constituye, la autoridad que por ley preside la CONASIDA, que es el Ministro de Salud, quien a su vez ejerce el rol de rector de la *Autoridad Sanitaria Nacional*. Por otro lado, la Secretaría de Salud, forma parte también del *Consejo Coordinador del MCP*, por lo cual, se colige que tendría la potestad de ejercer un rol directriz respecto de las decisiones que, en materia de VIH y SIDA, el país necesite tomar. No obstante, en la práctica, como lo manifiestan algunas de las personas entrevistadas, el rol de la CONASIDA, no ha podido asemejarse a lo propuesto en la Ley hasta la fecha, debido a la sombra que le hace el MCP.

“Aunque en la teoría y la ley dice que es CONASIDA quien tiene que estar por encima de todo lo que tiene que ver con VIH en el país. Lo cierto es que CONASIDA ha sido más un fantasma que un ente regulador en el, en lo que es la temática de VIH en el país.” E # 4

“...la cooperación tal vez hubiera tenido un rol...de poner los puntos sobre las íes en ese momento y decir, bueno nosotros estamos para apoyar, pero pensamos que debe de ser CONASIDA, tal vez incluso pienso yo que de repente hasta dentro de la cooperación había diversidad conceptual, o sea que no había claridad conceptual...hubiera dicho, verdad, bueno nosotros como organizaciones apoyamos, pero lo correcto es que sea, que se represente aquí la CONASIDA como tal porque es la que está dada por Ley.” E # 5

Algunos expertos en el tema consideran, no obstante, que el planteamiento estratégico del Fondo Global a través de sus estatutos e instrumentos, al solicitar de los países beneficiarios un MCP representativo ha sido correcto, pero que ha sido la escasa capacidad de *liderazgo* y de *Gobernanza* nacionales, lo que ha impedido la coexistencia con el organismo que por Ley dicta las políticas, CONASIDA.

“...el Fondo Mundial es una propuesta de país, que responde a las necesidades de país, y al liderazgo de país, entonces si el país no asume el liderazgo y si el país entra en una politiquería ...creo que el Fondo Mundial por lo menos dentro del Mecanismo de Coordinación de País obligó desde el inicio a que hubiera representación de personas viviendo

con VIH...de grupos de hombres que tienen sexo con otros hombres...que hubiera representación de Garífunas, entonces por lo menos creo que esa ha sido una contribución importante del Fondo Mundial...” E # 7

No obstante, algunas otras personas, ven el tema de la representatividad en estas instancias de deliberación y decisión en VIH y SIDA, altamente cuestionables y problemáticas, en tanto que el rol del Estado ha sido fluctuante, lo cual no ha permitido consolidar el *liderazgo* y la *Gobernanza*:

“...hay un gran conglomerado de personas viviendo con VIH que no están representadas, hay pleitos internos dentro de la sociedad civil, por poder, por acceso a dinero. Y creo que eso es una debilidad, verdad?...Para mí la representación que tiene sociedad civil en MCP es una representación que no es real, que...representa nada más a un sector y es un sector que tiene conflictos internos por poder y por dinero....” E # 4

Claramente, los modos de instrumentación, en ausencia de un *liderazgo* nacional, no permiten cristalizar los planes estratégicos nacionales en acciones concretas, a través de formas institucionalizadas.

d) Las formas de institucionalización del poder

Parte de las dificultades en el ámbito de la respuesta nacional se relacionan con las formas de institucionalización de dicha respuesta y las formas de manejo del poder a través de las mismas. Estos sistemas, que funcionan con múltiples dispositivos o mecanismos, permiten ejercer el poder de maneras intrincadas y sofisticadas.

La institucionalidad, como en otros ámbitos de respuesta nacional, no es consistente, ni mantiene necesariamente una direccionalidad definida por los intereses de la población. Esta afirmación puede extenderse a cualquier ámbito de respuesta del Estado, desde la seguridad nacional, la educación, la generación de empleo, la salud, la política ambiental y energética; y cualquier otro ámbito relacionado con los diferentes sectores de la sociedad. La afirmación anterior no es diferente para el tema de VIH y SIDA, en el sentido de que, aunque en el papel existan planes estratégicos, como se ha discutido ya en los capítulos y secciones anteriores de este trabajo, las formas de institucionalización están altamente carenciadas.

Desde la creación de una *CONASIDA* sin presupuesto para operar, o sin *liderazgo* para incorporar a los diferentes sectores en una respuesta conjunta, las

limitaciones de la Secretaría de Salud para una *Respuesta Integral*; la no incorporación de políticas de *prevención* desde la Secretaría de Salud; las violaciones a los derechos de las *PVIH* en el ámbito laboral; en medio de un ambiente de alta conflictividad y competitividad por llamar la atención del Estado, ya que en el país, todo es *emergencia*. Tal entendimiento, hace parte de la cotidianeidad de las propias *PVIH*; no obstante, algunas de las personas más conscientes, continúan insistiendo en la necesidad de dedicarle más atención a la respuesta ante el VIH y SIDA por parte de la institucionalidad nacional.

“...pero tengo entendido que han estado yendo a reuniones en el Congreso, pero no...que en el Congreso no hay una política pública sobre VIH, entonces ellos no pueden, no, no, no tienen como no tienen y muchas veces lo mismo, lo mismo dicen de que no hay dinero para ese tema, el mismo gobierno lo ha dicho...” E # 6

En Honduras, como país altamente dependiente de la cooperación externa, muchos profesionales trabajando en las instituciones del Estado, consideran a las representaciones de dichas agencias, inclusive con un mayor nivel de respeto en la institucionalidad, que a los mismos funcionarios del Estado, en atención a las debilidades técnica, e inclusive éticas, que algunos funcionarios han exhibido, lo cual le imprime un sello característico a la tensión *Globalización-Gobernanza* en Honduras.

“...los organismos internacionales, bueno, AID creo yo, ha tenido un peso específico importante dentro del MCP, lo mismo ha sido también la OPS, en la Secretaría por supuesto tiene un peso importante, pero depende de nuevo si la persona que llega a representar a la Secretaría es alguien que mantiene convicciones o es un monigote de los demás.” E # 4

La idea de institucionalidad, o de respuesta institucional en un sistema altamente jerarquizado, en el cual la participación de la sociedad civil no ha sido moneda corriente en todos los sectores es, en el caso del VIH y SIDA, y a pesar de todo lo dicho hasta aquí, ejemplar dentro del sector salud. A nivel local, en las municipalidades, existen esfuerzos de participación ciudadana que los han tratado de aprovechar los miembros de los capítulos regionales del *Foro Nacional de SIDA*, para la participación en la planificación y desarrollo de actividades de tipo *preventivo* y de *apoyo* a las *PVIH* y sus familias que, aunque requieren de un acompañamiento técnico de mayor nivel, su sola participación en las discusiones sobre los lineamientos de política nacional en VIH y SIDA, permite la construcción de capacidades institucionales y personales locales en la respuesta nacional.

Algunas de las personas entrevistadas, no obstante, visibilizan los avances en la construcción de capacidades, de forma limitada ya que, aducen, éstas se han reducido o han girado siempre alrededor de la estructura de un proyecto: su planificación, su desarrollo, su evaluación; sin que se constituyan en acciones de manera sostenible y vinculadas a una institucionalidad permanente; es decir, con un presupuesto anual, destinado desde el Estado para dar respuesta a los planes elaborados. La alta dependencia a través de la estructura de proyectos de cooperación, torna los esfuerzos en algo lábil, fragmentado, poco consistente y altamente proclive a los conflictos, como lo manifiesta una de las personas entrevistadas:

“...el avance se limita a la estructura de un proyecto, entonces...es un debilidad porque desaparece el proyecto y desaparece la...la lucha...desaparece como la misión, como el empuje que debe tener...” E # 5

Igualmente, al indagarse, sobre formas alternativas a la institucionalidad gubernamental, que permitan afianzar la *Gobernanza* en el país para la respuesta nacional, algunos de los entrevistados, dadas las experiencias que han tenido en el tema durante años, se expresan con niveles de pesimismo:

“...no hay una política de investigación, no hay líneas prioritarias de investigación, hay un documento de plan estratégico que solo es un documento pero realmente no es operativo, hay una CONASIDA que es un fantasma, entonces hay toda una serie de cosas, va?, que no hay un liderazgo sostenido, va?, o sea de peso, que le de coherencia a, a esa agenda de investigación. Entonces lo que hay es un activismo, activismo de los proyectos.” E # 7

“... no, no, no tendría yo tan clara la respuesta como lograr que eso...se horizontalizara más a la sociedad civil y que los grupos que trabajan ... hay diferentes estructuras de la sociedad civil para poder...tal vez la oportunidad lo veo yo en el sector educativo...pobla-, las nuevas...pero yo lo miro lejos, que, que esto salga del ámbito de la sociedad civil del proyecto y lo miro lejos que salga mucho más allá de la gente infectada por el VIH, todavía no...” E # 5

Lo que se nota claramente, en varias de las respuestas obtenidas en las entrevistas, es la apreciación de la carencia de *liderazgo* nacional que ha existido a lo largo del tiempo, y que es una de las características fundamentales a las que apuestan las *políticas* y directrices *globales* que, en el caso de Honduras, y por las razones mencionadas a lo largo de este trabajo, no ha tenido el necesario arraigo:

“...pasando la revista en esta plática a digamos estructuras como el MCP, como la CONASIDA, como el accionar de, de los entes gubernamentales, de los entes de sociedad civil y pareciera como que caminamos y nos encontramos con un callejón sin salida...” E # 5

“...si vamos a llamar una respuesta nacional a una respuesta que da cuenta de todo el territorio que llamamos Honduras, de la población hondureña con sus múltiples manifestaciones, culturas, etcétera y donde el Estado no solo a través del gobierno sino el Estado como ese ente de que tiene un papel importante de cohesión social y de distribución de la riqueza social haya hecho suya esa respuesta y haya logrado también construir los espacios de participación de la sociedad civil en esa respuesta, no la tenemos todavía...el desarrollo histórico que ha tenido en el país no ha conducido hasta ahora a contar con una respuesta nacional como tal.” E # 8

Para finalizar, con este breve análisis sobre las *relaciones de poder* en el escenario hondureño sobre el VIH y SIDA, alrededor de la tensión entre *Globalización-Gobernanza*, discutimos el campo de posibilidades de efectividad de los instrumentos y resultados, más allá de la institucionalidad.

e) Los grados de racionalización

Los avances, al margen de las limitaciones institucionales que han sido discutidas hasta ahora, han sido posibles parcialmente, en virtud de algunos grados de racionalización elaborados en el devenir del tiempo, a través del accionar de actores desde diferentes ámbitos que, por precarios que parezcan, han marcado la pauta del avance y pueden brindar las *condiciones de posibilidad* de la futura respuesta nacional. De nuevo aquí, sobre el futuro de la respuesta en Honduras, las personas entrevistadas vertieron sus perspectivas, con grados moderados de optimismo, lo cual deriva, quizás, del tipo de enfoque desde el cual se conciba la respuesta, *Clínico-Multidisciplinar* o de *Derechos Humanos-Transdisciplinar*, enfoques que no son tajantes, sino que se entretajan en distinto grado:

“...creo que en general el país ha recorrido un camino desde el 85 que se dio el primer caso hasta el 2010 y creo que el resultado es más positivo que negativo, verdad...hay menos rechazo...un poco más de aceptación, hay ya centros que atienden personas con VIH diseminados en todo el país, hay acceso a medicamentos. Todavía hay gente que se quiere aprovechar del VIH, pero eso va a existir siempre, creo que el reto está en poder distinguirlos, depurarlos y que podamos trabajar con la gente que de verdad le interesa el tema...” E # 4

“Estados Unidos es la fuerza todavía hegemónica...en el tema, lo veo muy fuerte...y veo un respeto enorme a lo que el país quiere hacer... lo que

pasa es que a veces no sabemos porque lo queremos hacer...ese es el problema...nos confundimos un poco en lo que queremos hacer, pero ellos si son muy cuidadosos. Naciones Unidas a mí me parece que a veces se meten un poquito más allá de lo que sus competencias políticas...si hacemos un balance de eso, la presión que Naciones Unidas tiene sobre el país para apertura de cosas, es impresionante...desde el punto de vista administrativo y gerencial es una avanzadilla muy importante...del proyecto Reforma, ahora vio para la planificación del Ministerio que nosotros estamos bien adelantados.” E # 2

“Yo creo que...siempre hay algo que se puede hacer, inclusive hay personal de salud con mucha experiencia incluso...y otras unidades de salud tienen la suerte de tener en su áreas y sus comunidades, comunidades organizadas, organizaciones, diversas ONG'S, organizadores en su comunidad, entonces participan muchísimo en su trabajo, entonces hay...posibilidades diversas de hacer un trabajo comunitario, unas más que otras...a través de una gestión comunitaria, una gestión co-participativa....” E # 1

Dicho optimismo, es al mismo tiempo, matizado. Salta a relucir de nuevo, la necesidad del *liderazgo* desde el Estado, así como el fortalecimiento de las capacidades comunitarias:

“Pero también la gente se, se echa a perder con el tiempo de sentirse sola, verdad, ya después como en una sensación como de que, ay, yo tanto que lucho para esto pero a la hora de la hora no logro nada; entonces la gente también se va...va cambiando...imágenes qué triste porque supuestamente son espacios donde más bien debería de alimentarse esa capacidad...’para que voy a opinar’, dicen, ‘si al final no voy a conseguir’...yo diría que es una desmotivación.” E # 5

“...cómo quitar la perversidad en el discurso nuestro que para poder decir que está avanzando la respuesta en la epidemia yo estoy construyendo una serie de constructos y símbolos cada vez más alejados de la dimensión ética y humanista del Derecho Humano...” E # 3

Al final, es como si el balance entre *Globalización* y *Gobernanza*, radicase más en un aprendizaje mutuo de las capacidades y fortalezas para el ejercicio del poder, alrededor de *metas estratégicas* que demandan, para ser consensuadas, de una discusión más abierta de las múltiples *formaciones discursivas* que propician y al mismo tiempo, dan respuesta al fenómeno del VIH y SIDA. Uno de los principales objetivos de esta investigación ha sido proporcionar un mapa de las relaciones de fuerza, una cartografía de los vectores que giran en torno al VIH y SIDA, con el fin de abrir la vía, con mayor conocimiento de causa, a un debate nacional que sin duda contribuirá no sólo a abrir cauces a las alternativas sino también a dar un impulso a la democracia activa y participativa en nuestro país.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

“Para llegar al punto que no conoces, debes tomar el camino que no conoces”

(San Juan de la Cruz)

El inicio del presente estudio y su actual finalización marcan dos momentos entre los cuales ha transcurrido un tiempo considerable. Durante ese lapso de tiempo he tratado de compaginar el trabajo profesional con la investigación social de modo que he dedicado mucho tiempo a la realización de esta tesis. En todo caso ha sido constante durante estos años la meditación sobre los caminos a seguir para llevar a buen puerto tanto la ejecución como la conclusión de este estudio. Ha llegado por tanto la hora de ponerle fin y por tanto de recorrer de nuevo el camino andado para hacer una evaluación de los resultados alcanzados, y también de las lagunas, y de las nuevas líneas de reflexión abiertas. Una investigación no sólo debe ser valorada por los problemas que resuelve, sino también por los nuevos problemas que suscita y para los cuales es preciso avanzar respuestas. El objetivo de esta mirada retrospectiva no ha sido, en todo caso, realizar una recreación narcisista, sino más bien proyectar una mirada crítica sobre la trama discursiva oficial que ha contribuido a la definición dominante en nuestras sociedades sobre el VIH y el SIDA, con el fin de hacer explícita su lógica de funcionamiento, su inconsciente social. Me parece importante asentar los logros alcanzados para poder avanzar desde ellos con mayor seguridad y fuerza en el futuro. El sociólogo francés Emile Durkheim decía en el prólogo de su libro sobre *la división social del trabajo*, que las investigaciones sociales carecerían de sentido si se tratase tan sólo de producir meras elucubraciones teóricas desterritorializadas. El investigador social no responde siempre a esa especie de arquetipo del sabio despistado que especula aislado, fuera del mundo, encerrándose en una especie de torre de marfil. En nuestro caso la investigación responde a una demanda social de clarificación, trata de servir para objetivar e iluminar los problemas del presente; y más concretamente, trata sobre el modo de abordar los políticas salud relativas al VIH y SIDA para contribuir así a crear las *condiciones de posibilidad* para que mejoren en el futuro.

Una de las razones fundamentales que está en la base de la elección temática del estudio fue la búsqueda de una metodología adecuada *para propiciar la visibilidad del incumplimiento del Derecho a la Salud*, situación no siempre fácil de lograr a través de los métodos tradicionales o *positivistas*, tan utilizados en el campo de la salud, y aún en el campo de la Salud Pública.

Me parece que para abordar el problema de cuáles son las *condiciones de posibilidad* para el cumplimiento del *Derecho a una Respuesta Integral* en relación al VIH y el SIDA era preciso adentrarse en la materialidad discursiva producida por toda una serie de organismos oficiales, tanto nacionales como internacionales; es decir, hacer acopio de toda una serie de documentos, de textos canónicos, que en parte se superponen, se refuerzan y se solapan entre sí, formado *regularidades discursivas*; aunque en parte también estos documentos están plagados de enunciados contradictorios o difícilmente conciliables entre sí. Para evaluar esos discursos médicos, administrativos, pero también sociales y políticos, me parecía que era preciso, por una parte que me adentrara en un laberinto de organizaciones y en los discursos con los que éstas se legitiman, pero también acudir a un elemento baremador fundamental: los discursos relativos a los *Derechos Humanos*, avalados por las declaraciones oficiales aprobadas por los Organismos Internacionales.

Con el fin de no alejarme del contexto próximo hondureño y de las prácticas, he recurrido a recabar testimonios de informantes cualificados y líderes de opinión, que a partir de entrevistas focalizadas nos han podido exponer, con conocimiento de causa, su punto de vista sobre las cuestiones nodales que se juegan en las instituciones sociales en torno al VIH y el SIDA. Los discursos de las personas entrevistadas, relacionadas todas ellas con la respuesta internacional y nacional sobre dicho tema, han requerido un abordaje teórico y metodológico que, como plantean Dreyfus y Rabinow, tenía que ir *más allá del estructuralismo y la hermenéutica*⁵⁵². Esta es la razón por la que nos hemos arropado en la metodología foucaultiana para tratar de esbozar una *arqueología/genealogía* del VIH y SIDA en Honduras, presente en los *discursos*, y *dispositivos* de poder; una metodología susceptible de dar cuenta de dichas *condiciones*, sobre el telón de fondo de los derechos de la ciudadanía y concretamente en nuestro caso, del *Derecho a la Salud* y los *Derechos Humanos*.

⁵⁵² Dreyfus, H.L y Rabinow, P. (1988) *Michel Foucault: Más allá del Estructuralismo y la Hermenéutica*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Poner de manifiesto el orden implícito subyacente a los *discursos* y *dispositivos* de poder sobre VIH y SIDA en Honduras implicaba el acopio de documentos, la selección de una considerable muestra documental, que, como acabo de señalar he tratado de contrastar y de tamizar a partir de los testimonios de informantes cualificados, personajes clave en la respuesta hondureña desde sus inicios, lo que nos ha permitido vislumbrar la conexión y potencia explicativa que los mismos tienen, a la luz de una vía metodológica incisiva...*gris, meticulosa y pacientemente documental...*⁵⁵³ Los informantes cualificados, así como mi propia experiencia profesional, han facilitado el contraste entre las declaraciones oficiales, es decir, los deseos y la realidad.

La irrupción en la vida social del VIH y el SIDA no es exclusivamente un problema de salud, sino un problema social que tiene su historia y que requiere no sólo respuestas médicas sino, sobre todo, respuestas sociales integrales avaladas por políticas sociales.

Esta tesis, la introducción, sus siete capítulos y éstas mismas conclusiones están organizados al modo de un razonamiento sociológico. Parto de un problema presente en Honduras y en el mundo que ha variado históricamente desde su irrupción en la escena social en el último quinto del siglo XX. El SIDA surgió de repente como un pavoroso problema social, y en su breve historia ha pasado por los tres modelos de control social que Michel Foucault denominó respectivamente el *modelo de la lepra*, el *modelo de la peste*, y el *modelo de la viruela*, el cual no ha podido llevarse plenamente a la práctica, por carecerse aún de una vacuna eficaz.

Efectivamente, en un primer momento los enfermos del SIDA, o los posibles portadores de los estigmas de la enfermedad, fueron tratados como leprosos y apestados, separados del espacio común, segregados, marginados, exorcizados, arrojados a las tinieblas exteriores como portadores de la muerte, como peligrosos para sí mismos y para los demás. El peso en la definición social del SIDA de la drogadicción y la homosexualidad, vinculaba la nueva enfermedad desconocida con las conductas desviadas. El SIDA se convirtió así en un problema de orden público. Sin embargo tras la observación y objetivación en los laboratorios por los microbiólogos, éste entró prácticamente de lleno en un registro técnico-sanitario del

⁵⁵³ Foucault, M. (e. o.: 1971) Op. cit. p. 351

que se apropiaron los especialistas del arte de curar. El modelo médico, de carácter contractual, basado en una relación personalizada de servicios, se impuso a partir de la generalización para el VIH y SIDA del modelo que Michel Foucault denominó el *modelo de la viruela*. La prevención, cura y post-cura pasaron así a verse impregnadas de una impronta epidemiológica.

Cuáles han sido las principales funciones sociales de toda esa red de instituciones y de dispositivos biomédicos presuntamente destinados a neutralizar la expansión del VIH y el SIDA? El análisis de las *formaciones discursivas* y *formaciones no discursivas* realizado a partir de los documentos y entrevistas analizadas, nos han permitido tener los elementos de base para la conformación de un *modelo explicativo* que, al ser aplicado a la respuesta, nos muestra las diferentes manifestaciones de las *relaciones de poder* que se han venido dando entre los diferentes agentes presentes en dicha respuesta.

Tanto el *método arqueológico*, como el *método genealógico*, cada uno por separado, y al complementarse entre sí, han abonado la explicación del tipo de respuesta desplegada y, más importante aún, nos han permitido arrojar luz sobre algunas zonas de la respuesta que permanecían hasta ahora vedadas a los procedimientos explicativos y metodológicos que se estilan para la valoración de los avances de la respuesta, bajo los lineamientos internacionales y nacionales.

Las constataciones que se muestran a continuación, presentadas a la luz de los lineamientos de *Derechos Humanos* y de *Derecho a la Salud*, nos revelan los vacíos e inconsistencias que será menester retomar en otro nivel, ya no predominantemente académico, sino de acción política; el análisis del discurso que propongo permite que nos acerquemos más a la realidad para “...*alumbrar las posibilidades y alternativas de que viene provisto todo presente*”.⁵⁵⁴

Voy a proponer a continuación cinco grandes comprobaciones que se derivan de nuestro análisis. Cada una de ellas argumentada y respaldada, en la medida de lo posible, mediante las consideraciones teóricas respectivas, nos permite ahondar en las respectivas explicaciones. Por último, se hace una reflexión final sobre las

⁵⁵⁴ Serrano, A. (2010) *Por los caminos de la ciencia. Una introducción a la Epistemología Política*. Universidad Pedagógica Nacional “Francisco Morazán”. Sistema Editorial Universitario. Tegucigalpa. p. 406.

posibilidades de utilización de las herramientas teórico-metodológicas foucaultianas para la forja del *Derecho a la Salud*

Veamos por tanto ahora, de forma breve, cuáles han sido algunas de las principales aportaciones de esta investigación:

1. *En los documentos analizados se comprobó la articulación de saberes y poderes, que representan la imbricación de la episteme sobre VIH y SIDA prevaleciente en Honduras a través de sus dispositivos institucionales y sociales.*

La identificación de *formaciones discursivas y de propuestas prácticas* en los discursos sobre VIH y SIDA, permitió la valoración de *saberes y relaciones de poder* que, al analizarse de manera imbricada, muestran un patrón sobre la respuesta, que ha permitido la elaboración de un *modelo explicativo* bipolar, expresable de la siguiente manera.

En relación con los elementos de *saber* que conforman la *episteme* subyacente, los *objetos* de discurso pueden ser *focalizados* o *universales*; las *formas de enunciación* a través de las cuales se han emitido los discursos, pueden seguir un patrón que privilegie la lógica *proyecto-informe*, de corte eficientista, o pueden tener una visión de mayor alcance, a través de privilegiar las *políticas-estrategias*.

En relación con los *conceptos*, éstos pueden estar orientados bajo la concepción reducida del *riesgo* epidemiológico o, más ampliamente, de la *vulnerabilidad* social; en lo que se refiere a las *estrategias*, éstas han adoptado, o bien un patrón *medicalizado* o, de manera más amplia, se han definido como *interdisciplinarias*.

En lo que concierne a los mecanismos de *poder* utilizados en los *dispositivos* identificados, los mismos han podido ubicarse también de forma bipolar, comenzando por las *autoridades* que emiten los discursos, las cuales pueden ser agencias *multilaterales* o instituciones *nacionales*. En relación con los *mecanismos de autoridad*, se encuentran algunos en los que prima el *paternalismo*, en tanto que otros, los menos, promueven más bien la *autonomía*.

Para la implantación de los discursos, se encontraron algunas *tecnologías de implementación*, caracterizadas por la *verticalidad*, en tanto que otras apelan a la *integralidad*. Por último, en relación con las *metas estratégicas de poder*, se identificaron algunas que suelen seguir los lineamientos emanados de las tendencias actuales de la *globalización*, tanto de mercado, como de la asistencia técnica; en tanto que otras, las menos, promueven la *gobernanza* nacional.

Por su parte, la articulación de las *formaciones discursivas* con las *formaciones no discursivas* complementarias, permite analizar la conformación de los *saberes*, presentes en la *episteme* sobre VIH y SIDA, en términos de ejercicio de *poder* a través de los *dispositivos*, tanto institucionales, como de la sociedad.

Así, los *objetos focalizados*, proceden de *agencias de cooperación multilateral*; por tanto, su discurso está amparado en una lógica “eficientista”. Por su parte, los *objetos* que apelan a la *universalidad*, proceden de las *agencias multilaterales* de carácter político; en consecuencia, su discurso se puede caracterizar como alineado con lo “políticamente correcto”.

La urdiembre de *formas de enunciación*, se lleva a cabo con los *mecanismos de autoridad*. A las *formas enunciativas* que siguen la lógica de los *proyectos-informes de evaluación*, les corresponden *mecanismos de autoridad* en la forma de *licitaciones* y *evaluaciones*; en tanto que a las *formas enunciativas* del tipo *políticas-estrategias*, les corresponden *mecanismos de autoridad* del tipo de *convocatorias*, *mandatos* y *toma de decisiones*.

En relación con los *conceptos*, la contrapartida para su *formación no discursiva* son las *tecnologías de implementación*. Por una parte se encontraron, para los *conceptos* relacionados con el *riesgo* epidemiológico, las *tecnologías de implementación* que son de tipo *vertical*, en tanto que, para los *conceptos* vinculados con la *vulnerabilidad*, las *tecnologías de implementación* fueron identificadas con un tipo *integral* de respuesta.

Para finalizar, las *estrategias* tienen su contrapartida *no discursiva* en las *metas estratégicas de poder*. Por un lado, se identificaron *estrategias* de corte *medicalizado*, que se corresponden con *metas estratégicas de poder*, las cuales siguen las tendencias que propone el fenómeno conocido como *globalización* en lo concerniente a la protección de los intereses de la industria farmacéutica y de la cooperación

técnica. Por otro lado, se identificaron *estrategias* caracterizadas como *interdisciplinarias*, acordes con los intereses de la *gobernanza* nacional.

2. *La imbricación de las formaciones discursivas y formaciones no discursivas identificada, permitió la elaboración de un modelo explicativo de los enfoques Clínico-Multidisciplinar y de Derechos Humanos-Transdisciplinar, presentes en la respuesta ante el VIH y SIDA en Honduras.*

Se han identificado dos *enfoques de respuesta* que ilustran el modelo elaborado: *Enfoque de Respuesta Clínico-Multidisciplinar* y *Enfoque de Respuesta de Derechos Humanos-Transdisciplinar*. Cada uno de ellos implica sus respectivos mecanismos operativos.

El Enfoque de Respuesta Clínico-multidisciplinar en VIH y SIDA, opera con objetos focalizados, con una articulación de conceptos de riesgo, mediante estrategias medicalizadas, a través de mecanismos de autoridad paternalistas, que se desarrollan con tecnologías de implementación verticales y metas estratégicas de poder en el ámbito de la globalización.

El Enfoque de Respuesta de Derechos Humanos-Transdisciplinar en VIH y SIDA, opera con objetos que apelan a la universalidad, articulando conceptos sobre vulnerabilidad, a través de estrategias interdisciplinarias, mediante mecanismos de autoridad que fomentan la autonomía, operando con tecnologías de implementación integrales, en un ámbito de metas estratégicas de poder que fomentan y fortalecen la gobernanza.

El análisis de los documentos y percepciones de los informantes, nos ha permitido constatar que la respuesta al VIH y SIDA en Honduras se da eminentemente desde un *Enfoque Clínico-Multidisciplinar*, en detrimento de un *Enfoque de Derechos Humanos-Transdisciplinar*. Esta situación se explica por las carencias institucionales de tipo *conceptual y metodológico* para la implementación de una *respuesta integral*.

La práctica de *tecnologías de cuidado de sí* y de desarrollo de la intersubjetividad, como los *grupos de autoapoyo* ha tenido mayormente una orientación pragmática y no ha formado parte de las acciones que se han promovido a

partir de los vínculos institucionales, ya que no se ha tendido a fomentar el *Empoderamiento* para el logro de la *Autonomía* de la población.

Una de las formas en las que se comprueba la vigencia del *Enfoque Clínico-Multidisciplinar* es la *forma enunciativa* denominada *plan estratégico*, cuya estructura privilegia la fragmentación en *áreas estratégicas*; una fragmentación que promueve la falta de *empoderamiento* y *autonomía* de la población, al separar la *promoción de conductas saludables*, de la *abogacía* para la *promoción y defensa de los Derechos Humanos*. Dicha lógica de fragmentación, impide, de suyo, propiciar el *empoderamiento* y el desarrollo de la *ciudadanía* de las personas a través de acciones de tipo comunitario, más que institucional.

Finalmente, se comprobó también que los *enfoques de atención*, en el caso de Honduras, han tendido a perpetuarse al tener, como una de sus *tecnologías de implementación*, a los procesos de formación de los recursos humanos a nivel superior, sobre todo en los postgrados en salud, que están impregnados del *enfoque clínico* en sus respectivos planes de estudios.

3. *La tensión entre los Enfoques Clínico-Multidisciplinar y de Derechos Humanos-Transdisciplinar pone de manifiesto las relaciones de poder en la respuesta al VIH y SIDA en Honduras.*

El modelo explicativo descrito en el apartado anterior se forja, articula y permanece a través de las *prácticas discursivas* y las *prácticas no discursivas* de manera tal que se puede apreciar el flujo de poder a través de las tensiones entre los componentes de ambos *enfoques de respuesta*, el *Clínico-Multidisciplinar* y el de *Derechos Humanos-Transdisciplinar*. No se trata, por tanto, de un modelo bipolar estático, que retrata de una manera rígida, condiciones ideales e inmutables; se trata, más bien, de un mecanismo explicativo de la dinámica de poder presente en la respuesta, compuesta por sus diversos agentes, dotados de sus diferentes códigos teóricos y de diferentes *dispositivos* prácticos que promueven diferentes *discursos de verdad* y juegan distintas funciones sociales.

Foucault, al proponer la *arqueología/genealogía* advierte sobre algunas precauciones metodológicas a seguir, indicando que al *poder* se le debe asir en sus

formas más capilares y locales, en su investidura institucional, a través de las técnicas e instrumentos de intervención material⁵⁵⁵.

La dinámica del *Enfoque Clínico-Multidisciplinar* se articula, pues, sobre una compleja red de instancias de autoridad disciplinar en las que juega un papel fundamental la dinámica de las *relaciones de poder*, gremiales e institucionales, teñidas de un fuerte cariz que les proporciona el componente biomédico. Así, el *Enfoque Clínico-Multidisciplinar* no es privativo de las condiciones relativas al VIH y SIDA en particular, sino que es generalizado a la situación de salud en su totalidad. Se podría incluso plantear la hipótesis de que un enfoque eminentemente *biomédico* y *clínico*, ha servido de punta de lanza para impedir la existencia en Honduras de un Sistema Nacional de Salud en el sentido del *Sistema Nacional de Salud para la Ciudadanía* tal y como fue planteado en Inglaterra por Beveridge en 1942. La hegemonía de este modelo, entre otras cosas, podría haber servido a la vez para perpetuar prácticas que frenan el proceso de democratización del país. Bajo la apariencia de un simple *problema técnico*, lo que subyace en realidad es un importante *problema político*.

Michel Foucault, al advertir sobre la complejidad que supone el análisis de las *relaciones de poder*, explicaba que el poder, entendido como la capacidad de guiar las conductas de otros, debe ser analizado como algo en acto, algo en circulación, en un permanente proceso de movimiento transversal, que no se queda inmóvil en los individuos, sino que se mueve incesantemente entre quienes constituyen los grupos humanos.⁵⁵⁶

La lógica “eficientista” que subyace a las *formas de enunciación* que se han discutido al explicar el *Enfoque Clínico-Multidisciplinar*, a través de *proyectos*, así como las *tecnologías de implementación*, de carácter *vertical*, tienen su radio de acción en espacios en los que priman las disciplinas biomédicas. Dichas *formas de enunciación* y dichas *tecnologías de implementación*, han fomentado flujos de *relaciones de poder* entre grupos de dirigentes de PVIH que aspiran a solventar su

⁵⁵⁵ La *genealogía* la explicó como los conocimientos eruditos de las memorias locales que permiten la constitución de un saber histórico de la lucha y la utilización de ese saber en las tácticas actuales. Foucault, M. (1994) *Microfísica del Poder*. Editorial Planeta-De Agostini, S. A. Barcelona. P. 130

⁵⁵⁶ Foucault, M. (1994) Op. cit. p. 144.

problemática personal o de grupo, a través de la obtención de fondos para la ejecución de proyectos alrededor del tema. Estos proyectos pueden ser obtenidos a través de complicados esquemas de apoyo mutuo que se pueden negociar en el interior de instancias y *mecanismos de autoridad* que perpetúan la presencia de grupos reducidos, encargados de la toma de decisiones a lo largo del tiempo.

Existen también *relaciones de poder* disciplinares, que fluyen desde los profesionales de las Ciencias Médicas hacia los profesionales las Ciencias Sociales, en las que, estos últimos aún no han desplegado el inmenso potencial que pueden desarrollar en el ámbito del VIH y SIDA. El llamamiento es aquí, a las otras disciplinas presentes en la respuesta al VIH para que asuman un papel con mucho más protagonismo en el amplio campo de la Salud Pública, más allá del clásico rol de comparsas en el *Enfoque Clínico-Multidisciplinar*. No se trata sin embargo de sustituir un modelo endogámico por otro, ni a unos profesionales por otros, sino de abrir la vía a un *modelo integral de salud*, en el que los propios usuarios tienen perfecto derecho a opinar, en el interior de una sociedad democrática.

Los *puntos de resistencia al poder*, necesitan ser fortalecidos para balancear las *relaciones de poder* actualmente institucionalizadas. La *resistencia al poder* se encuentra escasamente desarrollada entre los diferentes miembros de los que se espera la respuesta; sean estos profesionales integrantes de disciplinas no médicas, o los propios usuarios pertenecientes al grupo de PVIH, cuyos dirigentes no han logrado extender y cultivar lazos de solidaridad.

Las relaciones se han estilado a través de la primacía por la supervivencia cruda de los dirigentes e integrantes de turno o de pequeños grupos alrededor de los mismos. Al respecto, Foucault explica que, al ser las *relaciones de poder* en extremo complejas, en su interior pueden encontrarse *estados de dominación*, en las cuales, se encuentran *bloqueadas, congeladas*; impidiéndose cualquier modificación *por medios económicos, políticos o militares*.⁵⁵⁷

Otra esfera en la cual se ha evidenciado la complejidad que revisten las *relaciones de poder*, es en el nivel institucional. Se ha constatado la complejidad de

⁵⁵⁷ Foucault, M. (e. o.: 1984b) "The Ethics of the concern of the Self as a practice of Freedom" In: Rabinow, P. & Rose, N. (2003) *The essential Foucault. Selections of Essential Works of Foucault, 1954-1984*. The New Press. New York. p. 27.

dichos flujos de poder a través de las relaciones institucionales establecidas entre tres instancias de autoridad, la *Comisión Nacional de SIDA CONASIDA*, el *Mecanismo Coordinador de País MCP*, y la *Secretaría de Salud*. A pesar de que existe una ley que especifica las atribuciones y competencias de cada una de estas instancias y a pesar de que la *autoridad* nacional sea la CONASIDA, como reiteradamente se ha dicho en el presente estudio, lo importante a destacar aquí es la oscilación del poder a tenor de los intereses que estén en juego en el momento; lo cual ha hecho que se legitime una u otra instancia de autoridad, dependiendo de las circunstancias. Todo esto ha venido a restar credibilidad y legitimidad a la respuesta estatal, al plegarse a las condiciones que impone la *Globalización*, en detrimento del fortalecimiento de la *Gobernanza* nacional.

Las *relaciones de poder* encontradas y analizadas alrededor del tema de VIH y SIDA, plantean una serie de retos, tanto en relación con la necesidad del fortalecimiento de los espacios capaces de fomentar la *democratización* de la respuesta, así como su *sostenibilidad* en el mediano plazo. En ese sentido, se avizoran ciertos avances en lo que concierne a algunas fortalezas desarrolladas en PVIH que participan en ciertas organizaciones; no obstante, el mayor reto a este respecto, es trascender el enfoque de *supervivencia*, para dar paso al fortalecimiento de acciones más ligadas a la solidaridad.

Como se ha explicado ya a lo largo de este informe; paradójicamente, los fondos que pudieron dar *condiciones de posibilidad* a las necesidades de brindar tratamiento y atención a las PVIH, es lo que ha configurado *relaciones de poder* en las cuales la competencia por lograr dichos fondos y las prebendas derivadas de ellos, más que la solidaridad entre las propias PVIH, es lo que ha sido la norma en el desarrollo de muchas de las organizaciones trabajando en el tema.

Un espacio que ha mostrado fomentar las capacidades de las PVIH en varias localidades del país, es el *Foro Nacional de SIDA*, el que a través de un trabajo tesonero, a través de la formación de capítulos regionales, a través de los *grupos de autoapoyo* que se han instituido, está promoviendo la capacitación y la *autonomía* de las PVIH; no obstante, este trabajo necesita de mucho tesón y continuidad, ya que las normas culturales de nuestra sociedad han tendido mayormente al desarrollo de acciones *paternalistas* de parte de las instituciones de gobierno, en tanto que las acciones promovidas por organizaciones, tienen que romper los patrones tradicionales

de relacionarse con la población con el propósito de promover su *empoderamiento*. Esta dinámica de cambio, queda puesta de manifiesto en las expresiones brindadas por PVIH y miembros del capítulo de Choluteca del *Foro Nacional de SIDA*:

“Si, yo quiero decirle la importancia que ha sido Foro aquí en Choluteca, para mi soy un ejemplo, ahora tengo el valor de decirlo que soy un ejemplo, porque aquí está Ligia ella me fue a visitar 3 veces a mi casa, yo solo sacaba la cabeza a mi me daba pena hablar con la gente pero...ahora me toman como un líder.” *Manuel*.

No obstante, parte de la labor de cambio que han de seguir fomentando organizaciones como el Foro Nacional de SIDA, para promover el empoderamiento, tiene que ver con la superación de dinámicas operativas poco flexibles que se dan desde las mismas instituciones de gobierno, así como con las dañinas prácticas clientelares que entorpecen los avances obtenidos después de años de trabajo:

“...hemos tenido alianzas con la Secretaría en cierta forma ellos nos han visto como una competencia pero no somos competencia somos una alianza en donde más bien nosotros hemos abierto las puertas a donde la gente pueda llegar a raíz de nuestras intervenciones la gente ha llegado al CAI, no es mi culpa que la gente no quiera recibir consejería en el CAI y que quiera recibirla en el Foro, ellos tendrán sus razones...”

“...creo que lo más difícil para el centro del proceso del Foro ha sido con las alianzas a nivel de gobierno, por qué?, por el cambio de gobierno que se da cada cuatro años...pero el cambio que vino con el nuevo gobierno nos cayó como piedra porque la visión que traía el gobierno que entró no es la misma que tenía el anterior, entonces hay que empezar de nuevo con esta gente para volverlos a sensibilizar para que comprendan cual es la razón de trabajar con VIH/SIDA.” *Ligia*.

Es importante, para poder superar el estilo de trabajo que tiende a fomentar los patrones de *paternalismo* implícitos en el *Enfoque Clínico-Multidisciplinar*, que se trabaje, desde las mismas instituciones de gobierno, en procura de que los funcionarios gubernamentales aprendan que su labor debe ser desarrollada desde una óptica de *Derechos Humanos*, en la cual, los propios trabajadores de salud perciban a los usuarios como *Titulares de Derechos*, en tanto que ellos se perciban a sí mismos como *Titulares de Deberes*. En ese sentido, el propio *Foro Nacional de SIDA* va realizando avances, tal como atestigua una de las personas participantes:

“...cada una de las personas tenemos derechos y si uno no aprende que tiene derecho a reclamar sus derechos, uno se deja decir lo que cualquier persona se le ocurra decirle, pero ya sabiendo mis derechos, no me dejo...” *Rubenia*.

4. Se comprobó la invisibilidad del concepto de *Derecho a una Respuesta Integral* en VIH y SIDA, y en consecuencia, sus condiciones de posibilidad se vinculan a la visibilidad de la incongruencia entre las reglas de derecho, las relaciones de poder y los discursos de verdad sobre los Derechos Humanos, el Derecho a la Salud y las vulnerabilidades que propician el VIH y SIDA en la sociedad.

Existe invisibilidad del concepto de *Derecho a una Respuesta Integral*, en parte debido a que el discurso sobre los *Derechos Humanos* no abunda, está fragmentado y focalizado al daño. Por lo general se resaltan únicamente los elementos de violación de derechos y la denuncia, sobre todo en lo que respecta a los *Derechos Civiles y Políticos*, siendo mucho más difícil de visibilizar los diferentes *Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, como es el *Derecho a la Salud*.

En el caso del *Derecho a una Respuesta Integral*, como manifestación del *Derecho a la Salud*, coinciden, para su entendimiento limitado, dos circunstancias. En primer lugar, el concepto de *integralidad* en la jerga sobre VIH y SIDA se ha vinculado estrechamente al de *Atención Integral*, la cual es un servicio de atención en salud, que se les brinda a las personas ya infectadas, es decir, a las PVIH en los *Centros de Atención Integral CAI*. Por consiguiente, el entendimiento de *respuesta*, que es mucho más amplio que el de *atención*, porque incluye los servicios que pueden brindarse a toda la población, e incluye a quienes no están infectados, no se ve. Resumiendo, solo se ve como necesaria, en VIH y SIDA, la atención al daño.

La otra circunstancia que abona la *invisibilidad*, está relacionada con la anterior. El servicio de *Atención Integral*, funciona según el modelo biomédico desarrollado en los CAI, y brinda a las PVIH servicios profesionales de salud en un determinado ambiente, ya sea hospitalario o de una *unidad de salud* de menor nivel de complejidad, en el que se les ofrece consulta médica y psicológica, análisis de laboratorio, servicios de enfermería y entrega de medicamentos, siempre bajo un *Enfoque Clínico-Multidisciplinar*. En tales circunstancias se torna invisible la necesidad de extender el ámbito de los servicios hacia los familiares de las PVIH, así como a las acciones en los ambientes comunitario y social, ya que se considera fuera de la égida de los servicios de salud; es decir, la noción de *intersectorialidad*, no está presente.

Los discursos revisados a lo largo de este trabajo en su conjunto, nos hablan de cómo son las condiciones para aspirar a una respuesta integral. Haciendo una rápida síntesis de los mismos, existen algunas características generales, que es imperativo destacar.

En primer lugar, los discursos son, o bien, *inclusivos*, o bien, *contradictorios*; es decir, en el primer caso, son abarcadores de toda una gama de *objetos*, *conceptos* y *estrategias* integrados en una extensa gama de abordajes. Esta tendencia fue constatada, sobre todo en los documentos oficiales de agencias multilaterales, así como en los planes estratégicos nacionales, con el propósito presumible, de utilizar un lenguaje *políticamente correcto*, en el cual quedan incluidas todas las poblaciones y enfoques. Su posible implementación se considera independientemente de las condiciones del país en las que se desarrollen las actividades.

En el caso de los documentos de planificación nacionales, dicha estrategia tiene la ventaja de poder apelar a que, cualquier acción que se llegue a desarrollar, al calor de dicha planificación, se podrá argumentar, como de hecho se hace, que se desarrollan actividades bajo los lineamientos que han sido previamente planificados; omitiendo e ignorando de la planificación, aquello que no encaja con el privilegiado *Enfoque Clínico-Multidisciplinar*.

El enraizamiento de éste enfoque *Clínico-Multidisciplinar* en la respuesta al VIH y SIDA hace que sea bastante difícil de ser señalado como algo limitado y sectorial, debido a que en las instituciones de salud, el modelo *medicalizado* y *vertical* prevaleciente, contempla la incorporación de otros profesionales siempre bajo la égida médica de una manera inadvertida, tanto para el gremio médico, que considera que así debe de ser, como por el resto de los profesionales que, en gran medida han sido formados bajo esos criterios, y que, aún cuando pensaran de forma distinta; sus posibilidades reales de involucrarse en otro tipo de tareas, más allá del *Enfoque Clínico*, se encuentran limitadas dentro de un sistema de salud en el cual las expectativas *interdisciplinarias* o *transdisciplinarias*, no se facilitan ni promueven.

Es importante señalar que los roles asignados a profesionales de las Ciencias Sociales dentro del sector salud son sumamente restringidos y tradicionales, desde una óptica *vertical* y *paternalista* para con los usuarios, por lo que, cualquier estrategia que pretenda trascender dicho *Enfoque Clínico-Multidisciplinar*, debería de comenzar

por concienciar a los mismos profesionales de las Ciencias Sociales, sobre atribuciones y responsabilidades alternativas, que hasta ahora no se han podido avizorar o articular.

Esta situación se refuerza por el hecho de que, no ha sido común, para la atención de otras patologías, la inclusión de profesionales del área social, a excepción de los padecimientos de salud mental; es decir, desde una óptica *Clínica*, y no de *Promoción de la Salud*. De hecho, el tema de la respuesta “Integral” al VIH y SIDA, ha permitido poner en marcha un modelo de carácter *multidisciplinario*, como el que se desarrolla en los *Centros de Atención Integral CAI*, para las PVIH.

La “integralidad” practicada en dicho modelo de servicios de los CAI, tiene un entendimiento básico, como es el de disponer en los servicios de atención de un médico, una enfermera, profesionales de la microbiología, farmacéutico, psicólogo y trabajador social; en este modelo, todos giran alrededor de una atención clínica intramuros, es decir, una atención que no va más allá de la atención a la propia PVIH, usuaria de los *CAI*, por lo que dejan de lado la atención familiar y comunitaria, derivada de la condición del VIH y SIDA.

Un nivel de desarrollo mayor, bajo un *Enfoque de Derechos Humanos-Transdisciplinar*, por el contrario, demandaría que los profesionales del área social, tanto psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, comunicadores y antropólogos, tuvieran la capacidad de realizar un trabajo conjunto; entre sí mismos, pero también con los profesionales del área clínica. Igualmente sería preciso que extendieran su radio de inclusión hacia otras instituciones y organizaciones de la sociedad que trabajan, tanto en el tema, como otras de carácter social, que incluyan los aspectos que atañen al bienestar personal de los afectados, sus familias y la comunidad en general; tal sería el caso de los sectores de *educación y laboral*; para lo cual se demanda de un amplio entendimiento de las ventajas del trabajo *transdisciplinar e intersectorial*.

Los discursos alrededor de la *interdisciplinariedad* o *transdisciplinariedad* para el abordaje del VIH y SIDA, desde un *Enfoque de Derechos Humanos-Transdisciplinar*, están todavía por desarrollar en Honduras, y si esta investigación sirve para impulsar un cambio de paradigma hacia una *respuesta integral* en el marco de un proceso de verdadera democratización, todo el esfuerzo realizado habría valido

la pena. La realidad sin embargo es resistente al cambio. A ello contribuye, en gran medida, la fragmentación conceptual, la escasa oportunidad de debates académicos interdisciplinarios; pero, por encima de todo, la escasa investigación y producción científica nacional que salga al paso de la ausencia de debates desde una óptica de *Derechos Humanos*; entendida como la posibilidad de construcción de ciudadanía, que permita permear el concepto, no solamente desde la violación, el irrespeto o la restitución del derecho, como ha sido la costumbre desde que surgieron las instancias e instrumentos jurídicos para encauzar las quejas respectivas, privilegiando un abordaje negativo del tema, sino que con una óptica positiva y transformadora.

Más aún, ver solamente la dimensión *Clínica* como respuesta ante el VIH y SIDA, inhibe pensar que, un problema de base social es, de hecho, un problema político. El asunto que habría que dilucidar de manera conjunta es qué tipo de *políticos*, de *política* y de *políticas sociales* hemos estamos acostumbrados a tener en Honduras que, lejos de verse como un trabajo necesario para abordar la situación, se ve más bien como algo impropio y desviado del objetivo de una respuesta estatal.

Una óptica de *Derechos Humanos-Transdisciplinar*, demandaría de profesionales *utópicos* y respetuosos de las demás disciplinas, formados bajo criterios dialógicos, de construcción conjunta del conocimiento, bajo metodología y didácticas innovadoras desde la fase de su formación. Lamentablemente, las técnicas pedagógicas actuales, no fomentan la *transdisciplinariedad*, debido a que la formación de los propios formadores, en el área social, está desfasada en relación con los retos y corrientes actuales, que demandan profesionales comprometidos, que puedan trazar nuevas rutas de abordaje a los problemas nacionales.

La pobreza conceptual para el abordaje del VIH y SIDA desde una óptica *transdisciplinaria* es parte del problema, y se suma a las debilidades institucionales, en todos los sectores llamados a proponer una respuesta intersectorial. El discurso predominante que hemos caracterizado, a partir de los documentos analizados: *fragmentado, medicalizado, focalizado, vertical, paternalista*; es fruto de instituciones, más allá de las del sector salud, que se deslegitiman, al no atender ni cumplir a lo que sería su verdadero mandato marcado por la Ley. Como manifestaba una de las personas entrevistadas “*Poca gente le quiere apostar a un pensamiento crítico; y a un pensamiento donde sabes que tenés la mayoría en contra*”. E # 3.

La falta de *liderazgo*, que reiteradamente quedó de manifiesto en los discursos analizados, como hemos discutido ya, no se circunscribe al tema de VIH y SIDA; por el contrario, está presente en innumerables temas: de salud, de educación, de los Derechos Humanos, de la economía nacional y muchos más. Curiosamente, ha sido el propio tema de VIH y SIDA, el que ha puesto de manifiesto, como en muchas otras sociedades alrededor del mundo, las variadas vulnerabilidades de la población, así como las debilidades institucionales que permiten y fomentan la infección; y por otro lado, ponen de manifiesto la debilidad en la respuesta estatal.

Paradójicamente, las necesidades y carencias de las PVIH, se ven enmascaradas en nuestra sociedad, debido a las grandes necesidades y carencias que tiene la población hondureña, en todo sentido, sin necesidad de estar necesariamente infectada, o ser afectada directamente por el VIH y SIDA. Las limitaciones generalizadas en el cumplimiento del *Derecho a la Salud*, por un lado, y las reiteradas respuestas fragmentadas a la problemática social, en gran medida permiten que la situación de las PVIH sea vista, como la mayoría de la problemática del país, en términos de *urgencia* de manera periódica; es decir, cuando la situación llega a niveles críticos, lo cual, en el tema de VIH y SIDA, significa, predominantemente, la interrupción del suministro de medicamentos antirretrovirales.

Los discursos analizados han llamado la atención sobre la fragilidad, temporalidad y falta de sostenibilidad de la respuesta nacional en lo que concierne a la provisión de medicamentos, a la financiación del personal contratado para los Centros de Atención Integral CAI; así como sobre la ausencia de estrategias nacionales sobre Prevención, así como otras encaminadas a la preparación y fortalecimiento del Recurso Humano trabajando en VIH y SIDA. Las autoridades respectivas de quienes se ha obtenido su visión al respecto, coinciden en la necesidad y urgencia de tomar medidas para afrontar las carencias en un futuro a medio plazo; no obstante, la toma de decisiones sobre el particular, no parece haberse dado aún.

Ha sido patente la ausencia de estrategias relacionadas con la *Educación en Derechos Humanos*. Los temas no han estado, hasta ahora en las prioridades de las instituciones del Estado, lo cual pone de manifiesto que las relaciones entre las leyes y los planes resultan contradictorias, excluyentes y *focalizadas*, de tal modo que el *Enfoque de Derechos Humanos-Transdisciplinar* no se avizora aún como una opción.

Los discursos fueron reiterativos también sobre las prácticas institucionales en las cuales prima la incoherencia entre lo *planificado*, lo *programado*, lo *presupuestado*, lo *ejecutado* y lo *evaluado*; se pueden encontrar toda la gama de combinaciones y posibilidades, donde lo que se planifica no se programa o no se presupuesta, pero si se reporta como evaluado; o lo que se presupuesta no se ejecuta, sino que se ejecutan cosas diferentes, al tenor de las prioridades de los proyectos que son obtenidos, soslayando muchas veces otros aspectos incluidos en los planes estratégicos.

Sobre este tema, es importante destacar que la elaboración de planes estratégicos en salud no ha sido una práctica común que se haya desarrollado como respuesta a los problemas de salud de ningún tipo, ni de forma global en la vida institucional de la *Autoridad Sanitaria Nacional, Secretaría de Salud*. La planificación estratégica en salud, considerando al sector como un todo, tuvo su primer documento de plan nacional en Honduras, el año 2005, el *Plan Nacional de Salud 2021*; que incluye, de manera selectiva, para el tema de VIH y SIDA, algunos aspectos de índole general, y otros más específicos de naturaleza *Clínica*, de los contemplados en el PENSIDA II, como sus estrategias relacionadas. Dicho con otras palabras, la propia Autoridad Sanitaria Nacional, se reduce, al extraer únicamente los aspectos de tipo *Clínico*, dejando los demás en un ámbito de generalidad poco operativo.⁵⁵⁸

Esta práctica discursiva de incorporar en el plano estratégico algunas líneas de acción, para después detallar únicamente aquellas de índole clínico, obedece a las debilidades conceptuales y técnicas en el plano de las Ciencias Sociales, de una institución que ha sido designada por Ley, para llevar una carga que va más allá de sus capacidades reales; pero que, por otro lado, ningún otro sector del Estado reclama para sí, en virtud de la escasa visión *transdisciplinar* que prima desde la óptica de la administración pública y que limita, por tanto, las condiciones para diseñar estrategias conjuntas desde los diferentes sectores.

Los discursos sobre *Derecho a la Salud* no están presentes en los documentos analizados, debido a que el concepto de Derecho se halla desvirtuado de su significado integral, ya sea por ignorancia o por conveniencia. La comodidad de circunscribir el tema de *Derechos Humanos* al tema de *Estigma y Discriminación*, ha

⁵⁵⁸ Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (2005) *Plan Nacional de Salud 2021*. Autor. Tegucigalpa. p. 64-65

significado un beneficio múltiple; para el Estado, para las instituciones, para las organizaciones y para las PVIH mismas; debido a que la restricción conceptual, evade tener que precisar las carencias e inconsistencias, por el lado de la responsabilidad estatal; en tanto que, en el caso de las personas afectadas, puede servir para garantizar una respuesta más directa y expedita en el caso de exigencias y demandas.

En todo caso, quienes han quedado totalmente al margen, son las personas pertenecientes a la llamada “*población general*”; es decir, los no infectados por VIH, ni pertenecientes a los llamados “*grupos de mayor riesgo*”, quienes permanecen invisibles para las acciones programadas en materia de Derechos Humanos, en su más amplio significado. En síntesis, el entendimiento de los Derechos Humanos, queda unilateralmente focalizado, tanto en conceptualización, como en su población.

Por otro lado, las condiciones organizativas, más allá de las instituciones de gobierno, son igualmente fragmentadas y se ha estilado que las relaciones entre los miembros que constituyen muchas de las organizaciones, ya sea de PVIH, o de ONGs trabajando los temas, se rijan por la competitividad por fondos, por la lucha por el logro de representatividades, o por canonjías obtenidas al calor de las instancias deliberativas que toman las decisiones políticas, técnicas y económicas para beneficio de líneas de acción, o de personas o grupos determinados. Se ha fomentado poco la solidaridad desde las acciones de acompañamiento gubernamentales, así como desde las organizaciones de afectados; y en lo que concierne a éstas últimas, varias han sido cooptadas por intereses variados.

De igual manera, la apropiación de una conducta ciudadana de corresponsabilidad en el *cuidado de sí*, así como las prácticas de *petición y rendición de cuentas*, que resultan clave para la exigencia de una respuesta integral y del cumplimiento del *Derecho a la Salud*, son escasas.

Las condiciones a partir de los discursos identificados, no obstante, como hemos discutido a lo largo de este trabajo, no pueden verse de manera aislada a las posibilidades que ofrecen los *dispositivos* que existen.

La invisibilidad discursiva se forja de manera velada, como una forma de *producción de verdad* desde las instancias de poder. Esto quiere decir que las nociones capaces de dotarnos de *poder*, no suelen estar visibles ni disponibles para ser utilizadas, sino que deben ser conquistadas en un campo de *relaciones de poder*,

para lo cual es importante realizar una denuncia sobre la invisibilidad conceptual y sus *condiciones de posibilidad* para el ejercicio del poder.

Foucault planteaba que *el ejercicio de poder es una “conducta de conductas” y una administración de posibilidades*⁵⁵⁹. Asimismo, sostenía que se demanda una *nueva economía de las relaciones de poder*, en la que, en vez de *analizar el poder desde el punto de vista de su racionalidad interna*, se analicen dichas relaciones, a través del antagonismo de sus estrategias⁵⁶⁰.

Esto último significa que se debe realizar una firme oposición a los efectos de poder ligados al conocimiento, competencias, calificaciones; contra los privilegios del conocimiento, las concepciones deformadas y las representaciones mistificadas que han sido impuestas a las personas. Resumiendo, Foucault planteaba que debemos cuestionar *“la forma en que el conocimiento circula y funciona, su relación con el poder. En síntesis, el régimen del conocimiento”*.⁵⁶¹

Postulamos, por tanto, que las *condiciones de posibilidad del derecho a una respuesta integral en VIH y SIDA en Honduras*, están estrechamente vinculadas con las posibilidades de que la concepción de la *Salud como Derecho* cobre auge en el discurso y debate nacional.

A más de diez años de haber planteado que:

“Las acciones educativas y preventivas deben contemplar una óptica amplia de respeto a los *Derechos Humanos* y a niveles diferenciados de *Percepción de Vulnerabilidad* de los diferentes subgrupos que les haga más conscientes de cómo sus conductas están regidas por su entorno de vulnerabilidad y qué es lo que pueden hacer para generar el empoderamiento que les lleve a adoptar conductas más saludables...”

“Las acciones que se emprendan tienen que visualizarse en un marco de proceso que vaya, desde la identificación de elementos culturales de las diferentes poblaciones, como ser los distintos entendimientos sobre sexualidad, formas diversas en que se manifiestan las relaciones de género al interior de las parejas y cómo inciden en la toma de decisiones sobre manejo de la sexualidad a través de conductas específicas...”

⁵⁵⁹ Foucault, M. (e. o.: 1982) Op.cit. p. 138

⁵⁶⁰ Foucault, M. (e. o.: 1982) Op.cit p. 128

⁵⁶¹ Foucault, M. (e. o.: 1982) Op.cit p. 130

“La lógica de proceso de las estrategias de IEC debe estar guiada a través de indicadores de monitoreo bien diseñados que puedan dar cuenta de los avances que se van logrando.”⁵⁶²

Así como, de haber recomendado acciones preventivas y para el fortalecimiento de los recursos humanos trabajando en salud:

“...trascender el enfoque de percepción de riesgo hacia uno más dinámico de *Percepción de Vulnerabilidad* que permita reconocer en sí mismos, las diferentes dimensiones de vulnerabilidad que les impiden tomar medidas de prevención ante las ITS/VIH...”

“Es importante profundizar en la formación de los trabajadores de la salud en aspectos fundamentales de respeto a los derechos de los y las usuarias y a la ética profesional con que se deben desempeñar.”⁵⁶³

Es tiempo ya de que se consideren y aprovechen los conocimientos que se han generado en Honduras y que son validados en la actualidad, que se le está dando un nuevo impulso a las estrategias de *“acciones preventivas combinadas”*, que permiten amalgamar intervenciones *conductuales, biomédicas y estructurales* para el desarrollo de una *respuesta integral* basada en el respeto a los *Derechos Humanos*.⁵⁶⁴

5. Se comprobó la utilidad del método arqueológico/genealógico para acometer el análisis de la respuesta nacional al VIH y SIDA desde la perspectiva de los *Derechos Humanos*.

A lo largo de este trabajo se ha procurado argumentar que la perspectiva de *Derechos Humanos* para el análisis de la situación y respuesta no debería ser privativa para el tema de VIH y SIDA, sino que tal perspectiva es valiosa siempre, ya se trate de salud o de cualquier otro ámbito que tenga que ver con la justicia y el bienestar de las personas.

⁵⁶² Alduvín, E. y Soto, R.J. (2002) *Estudio Multicéntrico Centroamericano De VIH/ITS y Comportamiento. Informe Cualitativo en Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo en Honduras* PASCA/USAID, ONUSIDA, OPS/OMS, CDC, Universidad de Washington, UNAH Honduras.

⁵⁶³ Alduvín, E. y Soto, R.J. (2002) *Estudio Multicéntrico Centroamericano De VIH/ITS y Comportamiento. Informe Cualitativo en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en Honduras* PASCA/USAID, ONUSIDA, OPS/OMS, CDC, Universidad de Washington, UNAH Honduras.

⁵⁶⁴ Hankins, C. A. and Zaldondo, B. O. “Combination prevention: a deeper understanding of effective HIV prevention”. *AIDS* 2010, 24 (suppl 4):S70–S80.

Los argumentos en favor de optar por una perspectiva de *Derechos Humanos* para el abordaje de la situación y respuesta del VIH y SIDA no son solamente de carácter *ético*, sino que se ha probado reiteradamente su validez y conveniencia desde el punto de vista de la eficiencia y la sostenibilidad. Las cifras en todo el mundo, que atestiguan la estrecha correlación existente entre la reducción de las vulnerabilidades humanas y la situación de la población respecto de la pandemia, reiteran la utilidad y conveniencia de dichas estrategias.

La comprobación anterior, referente a la invisibilidad del entendimiento del *Derecho a una Respuesta Integral*, que a su vez se relaciona con la invisibilidad de la *salud como derecho*, permite afirmar que la utilización del *método arqueológico/genealógico* puede desvelar las limitaciones, incongruencias y carencias de una respuesta; de la cual se puede documentar su enfoque, vinculado de manera *discursiva* a los *Derechos Humanos*, pero sin los *dispositivos* de implementación que le permitan reclamar para sí, dicho enfoque.

Quedó de manifiesto, para el caso de Honduras, la limitación de un abordaje negativo, enfatizado en la denuncia del daño y en la consecución de la restitución del Derecho. Se evidenció también la escasa cultura sobre *Derechos Humanos* que permea la respuesta en salud, así como la reducción conceptual que implica limitar el problema a la dialéctica *Estigma/Discriminación*; así como la *focalización* del abordaje exclusivamente hacia las PVIH, dejando invisible en sus derechos a la población general.

Es importante recordar, siguiendo a Haslegrave y Dhaliwal, que el *Enfoque de Derechos Humanos* para el abordaje del VIH y SIDA marca una diferencia, en términos de eficiencia, señalando su directa vinculación con la consecución de los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Pero también, las autoras llaman a la reflexión sobre la trampa conceptual que representa la reducción del tema de *Derechos Humanos* en VIH y SIDA, únicamente al *Estigma* y la *Discriminación*, por las serias repercusiones que tiene sobre las posibilidades de discusión abierta de aspectos íntimamente vinculados a la infección por VIH; como son los comportamientos

sexuales de las personas en sus contextos de vulnerabilidad, ya sea económica o cultural, incluyendo la *Vulnerabilidad de Género*.⁵⁶⁵

El enfoque *arqueológico/genealógico* para el estudio de las *condiciones de posibilidad* del *Derecho a una Respuesta Integral* en VIH y SIDA, ha probado su carácter operativo, así como poseer una coherencia teórico-categorial, puesto que nos ha permitido visibilizar la dinámica de las *relaciones de poder* entre las *prácticas discursivas* y *prácticas no discursivas* en dicho tema; incluyendo lo relacionado con las *tecnologías de implementación*. Al analizar dichas tecnologías se comprobó que pueden estar bastante divorciadas de conceptualizaciones más abarcadoras y vinculadas al VIH y SIDA, como la de *Salud Sexual y Reproductiva*, en función de la cual, desde mediados de los años noventa, se desarrollaron toda una serie de políticas y lineamientos para maximizar la efectividad y eficiencia destinadas al fortalecimiento de la capacidad de las unidades de salud para la entrega de servicios.⁵⁶⁶

Uno de los legados más interesante que Foucault ha dejado para el análisis institucional, estriba en la capacidad de adaptación de su *método arqueológico/genealógico* para visibilizar y entender sobre la imbricación dinámica de las *prácticas discursivas* y las *prácticas no discursivas*; y el flujo de las *relaciones de poder* en ellas patente. Este ejercicio de deconstrucción discursiva, debe dar pie a la articulación de nuevas formas de sistemas de salud funcionales, acorde con los diferentes derechos de las personas.

El entendimiento simple y a la vez extremadamente complejo, que tuvo hace más de dos décadas Jonathan Mann, acerca de que “...la *vulnerabilidad al VIH/SIDA depende del grado en que los Derechos Humanos se cumplan y la dignidad del ser humano sea respetada en cada sociedad*”⁵⁶⁷, continúa siendo una asignatura pendiente en el caso de Honduras; deuda que se comparte en varios estamentos entre políticos, académicos, y profesionales de diferentes disciplinas.

De la misma forma, los resultados obtenidos en este estudio señalan la pertinencia del método *arqueológico/genealógico*, que permite comprobar la vigencia

⁵⁶⁵ Haslegrave, M. and Dhaliwal, M. (2005) “Why the human rights approach to HIV&AIDS makes all the difference”. *Rights in Action Meeting Series*. Meeting 5. London.

⁵⁶⁶ Germain, A., Dixon-Mueller, R. and Sen, G. “Back to basics: HIV/AIDS belongs to sexual and reproductive health” *Bull World Health Organ* 2009;87:840–845.

⁵⁶⁷ Mann, J. & Tarantola, D. (1996) Op. cit. p. 463.

de muchas de las propuestas que fueron planteadas por este ilustre fundador del movimiento de *Salud y Derechos Humanos*; la mayor parte de sus demandas, siguen estando pendientes de cumplimiento, como por ejemplo el “*desarrollo de un marco conceptual transdisciplinario coherente, que analice la vulnerabilidad social, la construcción de un consenso sobre las formas de promover la salud, y el desarrollo de enfoques prácticos y flexibles para lograrlo*”.⁵⁶⁸

El propio Mann y otros colaboradores plantearon unos años más tarde, alrededor de la experiencia de fecundación mutua entre el campo de la salud y el de los Derechos Humanos, que la *interdisciplinariedad* es el camino para encontrar un lenguaje común entre ambos mundos, para lo cual propusieron como vías de catálisis, la educación, la investigación y la experiencia empírica.⁵⁶⁹

6. *La mirada arqueológica/genealógica en Salud Pública constituye una herramienta poderosa para la acción política en la construcción del Derecho a la Salud.*

El *Derecho a la Salud*, que ha servido de base e inspiración para el presente estudio, es quizás, uno de los criterios más difíciles de valorar, tanto por las posiciones políticas encontradas en la base de su definición, como por las dificultades técnicas que comporta su implementación en la práctica.

En la actualidad, cuando el ámbito de la salud es visto principalmente como una potencial mercancía, se vuelve perentorio animar el debate, no solo académico, sino también político, sobre lo que significa, tanto en términos éticos como económicos, el *Derecho a la Salud*. Por tal razón se vuelve un reto la necesidad de generar un consenso nacional sobre sus posibilidades y alcances. No obstante, no se puede soslayar el hecho de que la discusión del tema en Honduras, pasa forzosamente por la visibilidad de las *desigualdades* a las que está sometida la población, y de las *relaciones de poder* que se utilizan para la toma de decisiones en aspectos que afectan la salud de las grandes mayorías.

⁵⁶⁸ Mann, J. & Tarantola, D. (1996) Op. cit. p. 463-464.

⁵⁶⁹ Mann, J. M. Et. al. “Health and Human Rights” *Health and Human Rights*. Vol. 1, N° 1:6-23.

El *Derecho a la Salud* se ha definido como *el derecho al disfrute de una variedad de instalaciones, bienes, servicios y condiciones, necesarias para la realización del más alto nivel de salud*, lo cual contiene, lo que se conoce como los *determinantes sociales de la salud*; incluye el acceso al agua, alimentación, vivienda y empleo dignos; pero comprende también el acceso al amplio espectro de servicios de salud, que involucra, desde la *educación, promoción, prevención y atención*, hasta la *rehabilitación*.

Esta definición es particularmente importante, en virtud de que, en su primera parte, define casi por completo las condiciones de *vulnerabilidad* que operan en la base de muchas condiciones de salud. Por otra parte, en lo que se refiere a servicios, éstos no son pensados desde ésta perspectiva, con una lógica mercantilista o de utilidades económicas, sino que se conciben para el logro *del más alto nivel posible de salud* en la población; es decir, para su bienestar físico, social y moral.

No obstante, la experiencia hondureña ha sido esclarecedora para afirmar que, en materia de derechos, no basta con la existencia de leyes que los amparen, sino que se debe de apelar a la *acción política* para el reclamo de los mismos. Se demanda también una serie de estrategias que permitan la visibilidad de las condiciones, al interior de las instituciones y organizaciones que promueven las desigualdades y fomentan el incumplimiento del *Derecho a la Salud*. Por tanto, se vuelven importantes, la acción política, *per se*, como las formas de generación del conocimiento; es decir, las formas que permitan dar visibilidad al incumplimiento de los derechos.

El espacio académico, de donde ha partido y al cual regresa esta propuesta de investigación después del recorrido realizado, tiene una historia que contar. Una historia donde, aparte de los hallazgos y constataciones referidos en las páginas anteriores, puede también relatar las vicisitudes que el propio proceso de investigación generó en los agentes involucrados en la misma. En este sentido esta tesis incluye en parte la investigación-acción.

Como reflexión final, para terminar dicho recorrido, y para contemplar retrospectivamente los hallazgos obtenidos, el retorno al espacio académico despierta nuevas inquietudes en relación a la posterior utilidad que pueda derivarse de este esfuerzo. La reflexión se nutre, de las ideas de varios autores; en primer lugar, las ideas que Foucault en su momento discutió sobre el papel de los intelectuales, como

portavoces de un saber construido a partir de una realidad estudiada, al abrigo de un método que se constituye en una herramienta poderosa, toda vez que es capaz de *“luchar contra el poder...para hacerlo aparecer y golpearlo allí donde es más invisible y más insidioso...”*⁵⁷⁰

La mirada *arqueológica/genealógica*, es decir, el método propuesto por Michel Foucault y su aplicación como base en el presente estudio, constituye una de dichas herramientas para la reconstrucción del vínculo entre la teoría y la práctica. Una reconstrucción necesaria para trascender la explicación inmediata de los fenómenos estudiados, y ubicar el problema en una dimensión en que pueda conectar los distintos saberes, con las diferentes prácticas, para conformar un retazo explicativo acerca de las *condiciones de posibilidad* de la salud.

En esta línea argumental, Foucault concedía un rol fundamental a los intelectuales; no en una línea prescriptiva, ya que, consideraba que ello implicaba, cambiar un modo de opresión por otro; sino considerándolos como promotores de grupos *específicos*, para que ellos mismos pudieran realizar sus propios análisis *“...librar esas batallas, usando estos instrumentos u otros: así es como, al fin, las posibilidades se abren”*.⁵⁷¹

No obstante, considerando la propuesta del Prof. Augusto Serrano, somos conscientes de que las condiciones para la realización de *ciencia*, más allá de los cerrados espacios académicos, se han tornado adversas, y en la actualidad se tienen que afrontar batallas en las cuales hay que vérselas con tendencias en las que *“La ciencia es cada día más una actividad social, pero, como la producción de bienes, determinada, dirigida, usurpada y orientada por el capital: la ciencia ha pasado al lado del capital en su totalidad”*.⁵⁷²

Por su parte, Edmundo Granda, el gran pensador latinoamericano en el campo de la *Salud Pública Alternativa*, al analizar las condiciones de exclusión hacia las cuales se ha visto arrastrada gran parte de la población latinoamericana por efecto de la *Globalización*, enfatiza que en la actualidad, las posibilidades de apuntalar la salud y

⁵⁷⁰ Foucault, M. (1994) Op cit.p. 79

⁵⁷¹ Foucault, M. (e. o.: 1977) “Confinement, psychiatry, prison”. In L. Kritzman, (ed.) (1988) *Politics, Philosophy, Culture: Interviews and Other Writings, 1977-1984*. New York: Routledge, p.197

⁵⁷² Serrano, A. (2010) Op.cit. p. 148.

la vida, dependen mayormente de “...apoyar la reorganización de los fines, más que de mejorar los medios, y de su potencialidad de apoyar el fortalecimiento de los individuos y grupos que pueden apoyar la reorganización de los fines humanos”.⁵⁷³

Siendo la Salud Pública un campo de saberes compartidos, en el cual, según plantea Almeida, hay que aspirar a la *transdisciplinariedad*, a la *complejidad*, a la *pluralidad* y a la *praxis*, se demanda creatividad y valor. Creatividad para buscar y proponer nuevas formas de nombrar las cosas –*discursos*- y nuevos espacios en los cuales buscar dónde se aloja el conocimiento y el poder –*dispositivos*. Lo segundo, el valor, se demanda para partir en la búsqueda de nuevos conocimientos, ligeros de equipaje, sin nociones preconcebidas, sin plantillas pre-elaboradas, sin suposiciones a cuestas. Al respecto, el Prof. Serrano nos recuerda que “...la limitación no es un obstáculo para llegar a conocer, sino su condición de posibilidad”.⁵⁷⁴

De igual manera, con su propuesta de *Epistemología Política*, el Prof. Serrano nos permite “posibilitar”, o como diría Foucault “ficcional”, la forma del proceder metodológico. Nos da permiso de ir, y al regresar, contar cómo nos fue; al decirnos que el método se forja en la búsqueda, y que al retornar al punto de partida, éste no será el mismo que cuando nos fuimos, porque estaremos mejor dotados. Sucede, como con todo viaje, que al retornar a casa, somos mejores que cuando nos fuimos.

Ya de vuelta en casa, en mi casa de la Salud Pública, y para despedirme, lo hago con las palabras del maestro Naomar Almeida Filho quien, al proponernos traspasar la barrera de la *timidez epidemiológica*, con valor, nos invita:

“Al banquete de la Salud Pública, donde los invitados esperan servirse de tecnología, no más, el imprevisto que lleva la Nueva Epidemiología de Latinoamérica, la que nosotros empezamos a construir con nuestra práctica a veces inesperada, será nuestra imaginación y nuestra vitalidad. Hacerlo con fuerza y decisión, además de con talento y elegancia, es el desafío mayor que todos nosotros enfrentamos.”⁵⁷⁵

⁵⁷³ Granda, E. “EL saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico”. En: Granda, E. (2009) *La salud y la vida. Volumen I*. Ministerio de Salud del Ecuador/OPS/OMS/Consejo Nacional de Salud de Ecuador/Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES. Quito.

⁵⁷⁴ Granda, E. “EL saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico”. En: Granda, E. (2009) Op. cit. p. 292

⁵⁷⁵ Almeida, F. N. (2000) Op. cit. p. 307.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y GLOSARIO DE
SIGLAS EMPLEADAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y GLOSARIO DE SIGLAS EMPLEADAS

Acta Legislativa de la Unión Americana: Public Law 108-25- MAY 27, 2003

Agence France-Presse. "Chinesse Premier in Landmark Meeting with AIDS Patients. *AFP* 1 de Diciembre de 2003

Aggleton, P. "Conexiones íntimas: la salud sexual y el desarrollo económico" En: Cáceres, C., Frasca, T., Pecheny, M. y Terto, J.V., (Eds.) (2004) *Ciudadanía sexual en América Latina: Abriendo el debate*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima.

Ainsworth, M., & Teokul, W. (2000) "Breaking the silence: setting realistic priorities for AIDS control in less-developed countries." *The Lancet* Vol. 356, Issue 9223, 1 July 2000, pgs. 55-60.

Alduvín, E. y Soto, R.J. (2002) *Estudio Multicéntrico Centroamericano de VIH/ITS y Comportamiento. Informe Cualitativo en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en Honduras*. PASCA/USAID, ONUSIDA, OPS/OMS, CDC, Universidad de Washington, UNAH Honduras.

Alduvín, E. y Soto, R.J. (2002) *Estudio Multicéntrico Centroamericano de VIH/ITS y Comportamiento. Informe Cualitativo en Mujeres Trabajadoras Comerciales del Sexo en Honduras*. PASCA/USAID, ONUSIDA, OPS/OMS, CDC, Universidad de Washington, UNAH Honduras.

Alduvín, E. (2002) *Informe de Consultoría para el Diseño del programa sobre VIH/SIDA del DFID en Honduras*. Department for International Development. DFID. Tegucigalpa.

Alduvín, E. "La caja negra del SIDA" en *Ixchel en Debate. Revista del Postgrado en Salud Pública, FCM, UNAH: # 3 Septiembre de 2003: 30-34*

Alduvín, E. "Visibilidad y Tratamiento Comunicativo de la Información sobre VIH/SIDA en Honduras" *Revista Ciencia y Tecnología* Segunda Época # 3. Diciembre de 2008. Pp. 53-71.

Alduvín, E. Alegría, A. y Sierra, J. (2009) *Documento de posición del POSAP-UNAH ante el Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud*. Postgrado en Salud Pública-UNAH. Tegucigalpa.

Almeida-Filho, N. (2000) *La ciencia tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología*. Lugar Editorial, S. A. Bs. As.

Almeida Filho, N. "Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde". *Saude e Sociedade*. V.14, No. 3, p. 30-50. Set.-Dez. 2005

Almeida Filho, N., Castiel, L.D. y Ayres, J.R. "Riesgo: concepto básico de la epidemiología". *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 5(3):323-344, Septiembre - Diciembre, 2009

Alonzo, A. and Reynolds, N. "Stigma, HIV and ASIDS: an exploration and elaboration of a stigma trajectory" *Soc. Sci. Med.* Vol. 41. N° 3.

Altamirano, A. (2003) *La Garantía y Seguridad Jurídica del derecho a la Protección de la Salud en Honduras*. Trabajo de Tesis previo a la opción del grado de Magister en Salud Pública. POSAP-UNAH. Tegucigalpa.

Álvarez-Uriá, F. "Estado Social versus Neoliberalismo". *Acciones e Investigaciones Sociales*, 16 (Dcbre. 2002), pp. 13-23.

Álvarez-Uriá, F. y Varela, J. (2009) *Sociología de las instituciones. Bases sociales y culturales de la conducta*. Ediciones Morata, S .L. Madrid.

Alves, R.F., Eulalio M. C. y Jiménez, S. A. "La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos". *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 61, No. 2, 2009

Asamblea General de las Naciones Unidas "Progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y la Declaración política sobre el VIH/SIDA" *Informe del Secretario General Sexagésimo*

cuarto período de sesiones. Tema 44 del programa UNGASS A/64/735. 1 de abril de 2010.

Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA ASONAPVSI DAH (2009) *IX Asamblea Nacional. Puerto Cortés, Honduras.*

Ávila, F. C. (2000) "Impacto económico de la epidemia por VIH/SIDA". En: Izazola, J.A., Ed. (2000) *XIII Conferencia Internacional sobre SIDA. Lecciones para América Latina y el Caribe.* Fundación Mexicana para la Salud/SIDALAC/ONUSIDA. México, D. F.

Banco Mundial (1993) *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Resumen.* Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Washington, D.C.

Banco Mundial. (2005) *Compromiso con los resultados: mejorar la eficacia de la asistencia en la lucha contra el VIH/SIDA. Apéndice B3.* Banco Mundial. Washington, D.C.

Barletta, H. (2007) *Memoria Anual de Labores 2007. MCP-Honduras.* Mecanismo Coordinador de País. Honduras. Tegucigalpa

Bautista, S. A., Dmytracsenko, T., Kombe, G. y Bertozzi, S. M. (Octubre 2003) *Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA en México.* Reporte Técnico 0320. PHR Plus, Abt. Associates Inc.

Beck, U. (2008) *¿Qué es la globalización? Falacias del Globalismo, Respuestas a la Globalización.* Ediciones Paidós Ibérica, S. A. Barcelona

Berlinguer, G.(2003) *Ética de la Salud.* Lugar Editorial. Bs. As.

Bourdieu, P. (2009) *Homo Académicus.* Siglo XXI. México

Brown, T.M, Cueto, M. and Fee, E. "The World Health Organization and the Transition from 'International' to 'Global' Public Health" *Am J Public Health*, January 2006, Vol. 96, No. 1.

Bührmann, Andrea D. (2006, May) "The emerging of the enterprising self and its contemporary Hegemonic status: Some fundamental observations for an analysis of

the (Trans-) Formational Process of Modern Forms of Subjectivation (49 paragraphs). *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* [On –line Journal], 6(1), Art. 16. Available at: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-05/05-1-16-e.htm> (Date of access: 09/20/06)

Cáceres, C. “*Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*”. En: Izazola, J.A. (Ed.) (1999) *El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria*. Fundación Mexicana para la Salud, A.C. México.

Cáceres, C. (2006) *La prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D.C.

Callahan, D. “La inevitable tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes.” En: Lolas, F. (Ed.) (2000) *Bioética y Cuidado de la Salud: Equidad, Calidad y Derechos*. OPS/OMS LOM Ediciones. Chile.

Camaroni, I. and Roos, E.(2005) *Assessment of the HIV and AIDS situation in Guatemala, Honduras and Nicaragua. Mapping out National and Sweden’s HIV and AIDS initiatives*. SIDA. Stockholm. pp. 20-23.

Centers for Disease Control and Prevention. CDC (1998) *1998 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases MMWR* 47(RR-1);1-118 Publication date: 01/23/1998. CDC. Atlanta.

Chan, M. (2008) “**HIV and Human Resources: Competing Priorities or Interconnected Solutions?**” **Sesión Satélite en XVII Conferencia Internacional de SIDA 3-8 de Agosto 2008. Ciudad de México.**

Chequer, P. (2007) “Obstáculos al Acceso Universal a la Prevención”. Conferencia presentada en el *IV Foro Latinoamericano de VIH/SIDA e ITS. 17-20 de abril de 2007*. Buenos Aires.

Clarck, W., et. al. (January 2010) *The Global Health System: Institutions in a Time of Transition. Working Paper* 193. Center for International Development at Harvard University.

Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA (2004) *Mantener la promesa: Un plan de acción sobre la mujer y el SIDA*. ONUSIDA. <http://www.womenandaids.unaids.org>

Cohen, J. (2003) "AIDS Vaccine Trials Produces Disappointment and Confusion." *Science* 28 February 2003. Vol. 299. no. 5611, pp. 1290 - 1291

Comité Organizador/Comité Científico. (2003) *Libro de Resúmenes*. III Congreso Centroamericano de ITS/VIH/SIDA Panamá. 13 al 17 de octubre de 2003. Autor. Panamá

De Cock, K. M., Foeler, M. G., Mercier, E. Et. Al. (2000) "Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource_Poor Countries. Traslating Research Into Policy and Practice." *JAMA* Vol. 283 N° 9, March 1, 2000.

Department for International Development. (2006) *Full Report of the International AIDS Conference*. 13-18 August 2006. Toronto

DFID Health Advisor in Honduras. (2003) *Cooperación del Gobierno Británico al Gobierno de Honduras en materia de VIH/SIDA III Reunión de Agencias Cooperantes en VIH/SIDA en Honduras*. 24 y 25 de Junio 2003. Tegucigalpa.

Diario La Tribuna. "Primeras damas crean coalición contra el SIDA". 2 de junio de 2006. Tegucigalpa.

Dreyfus, H.L y Rabinow, P. (1988) *Michel Foucault: Más allá del Estructuralismo y la Hermenéutica*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Edmundo, K. "Desafíos de la integralidad en la atención de la salud: prevención y tratamiento del VIH/SIDA". *ciudadaníasexual.org* Boletín No. 20 Año 3. 2006.

Eli Yamin, A. "Will we take suffering seriously? reflections on what applying a human rights framework to health means and why we should care" *HHR Journal* Vol. 10, 01 2008.

England, R. "The message is in the wall for UNAIDS". *BMJ* 10 May 2008 Volume 336 p. 1072

ESA Consultores. (2002) *Análisis de la Situación y de la Respuesta Nacional en VIH/SIDA en Honduras. Informe Final*. Documento elaborado a solicitud de la Secretaría de Salud y ONUSIDA. Tegucigalpa.

Fernández, J. "La epidemia de VIH/SIDA en Honduras: Discriminación, estigmatización y derechos humanos". *Rev Med Hond* 2003; 71:35-41.

Fernández, M.M., (2003) *Los derechos humanos y el VIH/SIDA: una aproximación jurisprudencial. Colección Desarrollo Humano Sostenible # 18*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. Tegucigalpa.

Fidler, D.P. "Architecture amidst Anarchy: Global Health-s Quest for Governance". *Global Health Governance*. Volume I, No. 1 (January 2007)

Flores, E. (2005) "Diagnóstico de capacidades y necesidades de fortalecimiento institucional de grupos vulnerables frente al VIH/SIDA; organizaciones gay/lésbicas y personas que viven con VIH/SIDA" CIPRODEH/GTZ. Tegucigalpa

Flores, W. y Ruano, A.L. "Atención Primaria en Salud y Participación Social: Análisis del contexto histórico en América Latina, de los desafíos actuales y las oportunidades existentes". En: IIED (2009) *Salud para todos: una meta posible*. Publicaciones para América Latina. Bs. As.

Foreman, L. "Financiamiento mundial para la lucha contra el SIDA y reemergencia de la discusión sobre su 'excepcionalismo'". *Medicina Social*. Vol. 6, No. 1 (2011).

Foro Nacional de SIDA. (2007) *Plan Estratégico 2007-2011*. Foro Nacional de SIDA. Tegucigalpa

Foucault, M. (1972) *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. 4ta. Ed. Siglo XXI Editores. México. (e. o.: 1966)

Foucault, M. (1979) *La Arqueología del Saber*. 6ª. Ed. Siglo XXI Editores. México. (e. o.: 1969)

Foucault, M. (1990) *La vida de los hombres infames*. La Piqueta. Madrid. (e. o.: 1977)

Foucault, M. (1992) *El orden del discurso*. Traducción de Alberto González Troyano. Tusquets Editores. Bs. As. (e. o.: 1971)

Foucault, M. (1994) *Microfísica del Poder*. Editorial Planeta-De Agostini S. A. Barcelona.

Foucault, M. (1996) *Historia de la Sexualidad. 1. La Voluntad de Saber*. Vigésimocuarta edición en español. Siglo XXI Editores. S.A. México. (e. o.: 1976)

Foucault, M. (1999) *Estrategias de poder*. Paidós. Barcelona. (e. o.: 1977)

Foucault, M. (2002) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. Siglo XXI Editores Argentina. Bs. As. (e. o.: 1975)

Foucault, M. (2006) *El Nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*. xvi ed. Siglo XXI Editores. México. (e. o.: 1966)

Foucault, M. (2010) *La Arqueología del Saber*. Traducción de Aurelio Garzón del Camino. 2da. Edición rev. Siglo XXI Editores S.A. México. (e. o.: 1969)

Foucault, M. (e. o.: 1968) "On the Archaeology of Sciences: Response to the Epistemological Circle" In: Rabinow, P. & Rose, N. (2003) *The Essential Foucault. Selections from Essential Works, 1954-1984*. The New Press. New York.

Foucault, M. (e. o.: 1971) "Nietzsche, Genealogy, History" In: Rabinow, P. & Rose, N. (2003) *The Essential Foucault. Selections from Essential Works, 1954-1984*. The New Press. New York.

Foucault, M. (e. o.: 1974) "The Birth of Social Medicine". In: Paul Rabinow and Nicholas Rose Eds. (2003) *The Essential Foucault: Selections from Essential works of Foucault 1954-1984*. The New Press. New York.

Foucault, M. (e. o.: 1976) "The Crisis of Medicine or the Crisis of Antimedicine?" *Foucault Studies*, No. 1 pp. 5-19. December 2004.

Foucault, M. (e. o.: 1976.) "Truth and Power" In: Rabinow, P. & Rose, N. (2003) *The Essential Foucault. Selections from Essential Works, 1954-1984*. The New Press. New York.

Foucault, M. (e. o.: 1977) "Confinement, psychiatry, prison". In: Kritzman, L. (ed.) (1988). *Politics, Philosophy, Culture: Interviews and Other Writings 1977-1984*. New York: Routledge.

Foucault, M. (e. o.: 1977) "El ojo del poder" *Entrevista con Michel Foucault*. En: Bentham, J. (1980) *El Panóptico*. Traducción de Julia Varela y Fernando Álvarez-Uriá. Ed. La Piqueta. Barcelona.

Foucault, M. (e. o.: 1978a) "Diálogo sobre o Poder" Em: Barros de Motta, M. (Org.) (2006) *Michel Foucault Estratégia- Poder-Saber*. 2ª. Ed. Editora Forense Universitaria. Río de Janeiro

Foucault, M. (e. o.: 1978b) "Governmentality" In: Rabinow, P. & Rose, N. (2003) *The Essential Foucault. Selections from Essential Works, 1954-1984*. The New Press. New York.

Foucault, M. (e. o.: 1978c) "Questions of Method" In: Rabinow, P. & Rose, N. (2003) *The Essential Foucault. Selections from Essential Works, 1954-1984*. The New Press. New York.

Foucault, M. (e. o.: 1981) "So it is important to think?" In: Rabinow, P. & Rose, N. (2003) *The Essential Foucault. Selections from Essential Works, 1954-1984*. The New Press. New York.

Foucault, M. (e. o.: 1982) "The Subject and Power". In: Rabinow, P. & Rose, N. (2003) *The Essential Foucault. Selections from Essential Works, 1954-1984*. The New Press. New York.

Foucault, M. (e. o.: 1984a) "Confronting Governments: Human Rights" In: Rabinow, P. & Rose, N. Eds. (2003) *The Essential Foucault. Selections from Essential Works of Foucault 1954-1984*. The New Press. New York.

Foucault, M. (e. o.: 1984b) "The Ethics of the concern of the Self as a practice of Freedom" In: Rabinow, P. & Rose, N. (2003) *The essential Foucault. Selections of Essential Works of Foucault 1954-1984*. The New Press. New York.

Foucault, M. "Face aux gouvernements, les droits de l'homme". *Libération* 30 juin-1 juillet.1984. Paris.

Francis, D.P., Gregory, T., Mc Elrath, M.J., Et. Al. (1998) "Advancing AIDSVAX for phase 3. Safety, immunogenicity and plans for phase 3" *AIDS Research and human retroviruses* 1998, vol. 14, SUP3 (154p.) (14ref.) 325-331.

García, M. "Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual". *Aten Primaria* 1998; 22: 585-59

Germain, A., Dixon-Mueller, R. and Sen, G. "Back to basics: HIV/AIDS belongs to sexual and reproductive health" *Bull World Health Organ* 2009;87:840–845.

Gobierno de Honduras. (2010) *Objetivos de Desarrollo del Milenio Honduras 2010. Tercer Informe de País*. PNUD. Tegucigalpa.

Goffman, E. (1993) *Estigma: la identidad deteriorada*. 5 ed. Amorrortu Editores. Bs. As.

González, J.I. "Salud y seguridad social" *Espacio Abierto*. Septiembre de 2002.

Granda, E. "El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico". En: Granda, E. (2009) *La salud y la vida. Volumen I*. Ministerio de Salud del Ecuador/OPS/OMS/Consejo Nacional de Salud de Ecuador//Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES. Quito.

Grosskurth, H. e. al. (1995) "A community trial of the impact of improved sexually transmitted disease treatment on the HIV epidemic in rural Tanzania: 2. Baseline survey results. *AIDS*, Vol. 9, Number 8: Pgs 927-934, August 1995.

Grupo de Trabajo transicional-Junta directiva-Estructuras principales. Disponible en: <http://www.theglobalfund.org/es/twg> Consultado el 10 de agosto de 2011.

Gruskin, S. and Dickens, B. "Human Rights and Ethics in Public Health" *American Journal of Public Health*. November 2006, Vol 96, N° 11: 1903-1905.

Gruskin, S., Tomasevsky, K. y Hendriks, A., "Human Rights and Responses to HIV/AIDS" In: Mann, J. and Tarantola, D. Eds. (1996) *AIDS in the world II. The Global AIDS Policy Coalition*. Oxford University Press. New York.

Guay LA, Musoke P, Fleming T, Bagenda D, Allen M, Nakabiito C et al." Intrapartum and neonatal single-dose Nevirapine compared with Zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV in Kampala Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 1999; 354:795-802.

Harrington, M. "Ten years of HAART" *The Center of AIDS. Hope and Remembrance Project*. Jun, 22, 2005.

Haslegrave, M. and Dhaliwal, M. (2005) "Why the human rights approach to HIV&AIDS makes all the difference". *Rights in Action Meeting Series*. Meeting 5. London.

Hayes, M.V. "On the Epistemology of Risk: Language, Logic and Social Science". *Soc. Sci. Med.* Vol. 35, No. 4, pp. 401-407, 1992.

Held, D. y Mc Grew, A. De Francisco, A. (2003) *Globalización/Antiglobalización. Sobre la reconstrucción del orden mundial*. Paidós. Barcelona.

Herek, G.M., Capitano, J.P., Widaman, K.F. "HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends, 1991-1999". *American Journal of Public Health*, 2002, vol 92: 371-377

Icumi, N. L., Bertolozzi, M. R., Takahashi, F.R., y Fracolli, L.A. "La utilización del concepto 'Vulnerabilidad' por Enfermería" *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 setembro-outubro; 16(5)

International AIDS Society IAS (2002) "Key Conference Messages" *Abstracts-On-Disk*. XIV International AIDS Conference. July 7-12. Barcelona.

International AIDS Society. (2002) *XIV International AIDS Conference Pocket Program*. July 7-12. IAS Barcelona.

International AIDS Society (2004) *Report on the XV International AIDS Conference*. 11-16 July 2004. Bangkok, Thailand.

International AIDS Society. (2008) *AIDS 2008 Key Outcomes of the XVII International AIDS Conference 2008*. 3-8 Agosto 2008. Ciudad de México.

International AIDS Society. (2010) *Advancing Evidence and Equity: Report on the XVIII International AIDS Conference (AIDS 2010)* 18 – 23 July 2010 IAS. Vienna, Austria

Izazola, J.A., Ed. (2000) *XIII Conferencia Internacional sobre SIDA. Lecciones para América Latina y el Caribe*. Fundación Mexicana para la Salud/SIDALAC/ONUSIDA. México, D. F.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2000) *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. UNAIDS. Geneva.

Joint of United Nations Programme (2004) HIV/AIDS(2004) *2004 Report on the global AIDS epidemic. 4th global report*. UNAIDS. Geneva

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2010) *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010*. UNAIDS. Geneva.

Kaplan, J., Benson, C., Holmes, K., Brooks, John, T., Pharm, A.P. & Masur, H. (2009) "Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. Recommendations from CDC, the National Institutes of Health and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America". *MMWR Early Release. March 24, 2009 / 58(Early Release); 1-198*. CDC Atlanta.

Kaplan, J. Masur, H., Holmes, K. (1995) "USPHS/IDSA Guidelines for the prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus. A Summary". *MMWR Recommendations and Reports. July, 14, 1995. 44(RR-8); 1-34*. CDC Atlanta.

Keohane, Robert O. 2007: "Governance and Legitimacy. Keynote Speech Held at the Opening Conference of the Research Center" (SFB) 700 (with comments by Fritz W. Scharpf), *SFB-Governance Lecture Series, No. 1*, DFG Research Center (SFB) 700, Berlin, February 23, 2007.

Kort, R. et. al. (2008) *Informe de Impacto de AIDS 2008. Evidencia para la acción*. International AIDS Society. Ginebra.

León Correa, F.J., "Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva". *BIOMEDICINA*, 2006, 2 (3) - 257-260

Liguori, A.L. "Ciencias Sociales". En: Izazola, J.A. (Ed.) (2000) *XIII Conferencia Internacional de SIDA. Lecciones para América Latina y el Caribe*. Fundación Mexicana para la Salud. México.

Lupton, D. y Tulloch, J. 'Risk is Part of Your Life': Risk Epistemologies among a Group of Australians". *Sociology*. Volume 36(2): 317–334.

Mainetti, J.A. "Calidad de la atención de la salud y los derechos del paciente: entre la evidencia y la autonomía. En: ." En: Lolas, F. (Ed.) (2000) *Bioética y Cuidado de la Salud: Equidad, Calidad y Derechos*. OPS/OMS LOM Ediciones. Chile

Mann, J. "Health and human rights: if not now, when?" *Health Hum Rights*. 1997; 2(3):113–120.

Mann, J.M., Tarantola, D. and Netter, T. Eds. (1992) *AIDS in the World*. Harvard University Press. Cambridge MA

Mann, J.M. y Tarantola, D. (Eds.) (1996) *AIDS in the World II*. Oxford University Press. New York.

Mann, J.M., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lazzarini, Z. and Fineberg, H.V. "Health and Human Rights". *Health Hum Rights* . 1994;1(1):6-23.

Marks, S. (2004) *François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights From Vision to Action: The First 11 Years*. FXB Center for Health and Human Rights. Cambridge, MA.

Mansergh, G., Et. Al. (1996) "Cost.effectiveness of Short-Course Zidovudine to Prevent Perinatal HIV Type 1 Infection in a Sub-Saharan African Developing Country Setting" *JAMA* 1996;276(2) : 139-145

Mazín, R. (2007) "Atención a las necesidades de salud y bienestar de las personas, familias y comunidades que viven con VIH". Ponencia presentada en el *IV Foro Latinoamericano de VIH/SIDA e ITS. 17-20 de abril de 2007*. Buenos Aires.

Mecanismo Coordinador de País (2007) *Comunicado de Prensa: Fondo Mundial aprueba a Honduras \$47.1 millones para continuar lucha contra el VIH/SIDA*. Tegucigalpa, 20 de noviembre 2007

Mellors, J. & cols. (1996) "Prognosis in HIV-1 Infection predicted by the Quantity of Virus in Plasma" *Science* 24 May 1996. Vol. 272. No. 5265, pp. 1167-1170.

Mesa-Lago. C. (2006) "La extensión de la cobertura de salud en América Latina: problemas y políticas". *Conferencia Regional Americana "Integración de políticas de protección social para extender la cobertura"* Belize City, Belice, 28-31 de mayo de 2006.

Ministerio de Salud. (2005) *Reposta + 2005 Experiencias do Programa Brasileiro de AIDS*. Presidencia da República Federativa do Brasil. Brasília.

Molinero, R., Farach, N., Sierra, T. y Tinajeros, F. (2009) *Resultados de Evaluación de la Calidad de Atención en los Servicios de VIH y SIDA*. Secretaría de Salud/USAID/CDC/GAP. Tegucigalpa.

Monitoring the AIDS Pandemic MAP Network (June 1998) *The Status and Trends of the HIV/AIDS Epidemics in the World. Provisional Report*. MAP Network. Geneva.

Nygren-Krug, H. (2002) *25 Questions & Answers on Health and Human Rights*. World Health Organization. Geneva.

Observatorio Global de Salud Italiano "De Alma Ata al Fondo Global. La historia de las políticas internacionales de salud". *Medicina Social*. Volumen 3, número 1, enero 2008.

Ocampo, J.A. "Las concepciones de la política social: universalismo versus focalización". *Nueva Sociedad* No. 215, mayo-junio de 2008.

Office of the High Commissioner for Human Rights (2002) *Access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS*. Commission on Human Rights Resolution 2002/32. Adopted on 22 April 2002. Geneva.

Organización de las Naciones Unidas (1948) *Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (iii) del 10 de diciembre de 1948*. Nueva York.

Organización Mundial de la Salud (1986) *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. OMS. Ginebra

Organización Mundial de la Salud (1988) *Declaración Mundial de la Salud "Política de Salud para todos en el siglo XXI"* Resolución WHA51.7. OMS. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2002) *Expansión del tratamiento antirretroviral en los entornos con recursos limitados. Directrices para un enfoque de Salud Pública*. OMS. Ginebra.

.Organización Mundial de la Salud. (2006) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos*, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006. OPS/OMS. Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud (2003) *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*. OPS/OMS. Washington, D.C

Organización Panamericana de la Salud. (2007) *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. OPS/OMS. Washington.

Organización Panamericana de la Salud. (2009a) *Exclusión en Salud. Estudios de caso: Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras. Serie Técnica Extensión de la Protección Social en Salud. Serie N° 2*. OPS/OMS, ASDI, AECID. Washington.

Organización Panamericana de la Salud (2009b) *Perfil del Sistema de Salud de Honduras: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*. OPS. Washington.

Organización Panamericana de la Salud (2010) *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2010*. OPS/OMS. Washington.

Organization of African Unity OAU (2001) *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases*. OAU/SPS/ABUJA/3. African Summit on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Diseases. Abuja, Nigeria. 24-27 April 2001.

Oxfam International (2006) *Patents versus Patients. Five years after the Doha Declaration*. Oxfam Briefing Paper 95. Oxfam International. UK.

Parker, R. "Administering the Epidemic: HIV/AIDS Policy, Models of Development and International Health". In: Whiteford, L.M. & Manderson, L. (Eds.) (2000) *Global Health Policy, Local Realities. The Fallacy of the Level Playing Field*. Lynne Rienner Publishers, Inc. Boulder, CO.

Piot, P. "Por qué el SIDA es un problema excepcional?" *Discurso pronunciado en la Escuela de Economía de Londres el 8 de Febrero de 2005*. LSE. Londres.

Piot, P. (2008) *Summary of the 2008 high-level meeting on the comprehensive review of the progress achieved in realizing the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS (United Nations Headquarters, 10-12 June 2008) Sixty-second session A/62/895* New York.

Programa Mundial contra el VIH/SIDA. (2009) *Planeación orientada a resultados: El caso de Honduras*. Banco Mundial. Washington, D.C.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2010) *Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2010*. ONUSIDA. Ginebra

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2011) *Informe de ONUSIDA para el Día Mundial del SIDA 2011*. ONUSIDA. Ginebra.

Remien, R.H., Berkman, A., Myer, L., Bastos, F.I., Kagee, A. and El-Sadr, W. "Integrating HIV Care and HIV Prevention: Legal, Policy, and Programmatic Recommendations" *AIDS*. 2008 August< 22(Supl 2)

República de Honduras. (1982) *Constitución de la República. Decreto # 131 del 11 de Enero de 1982*. Tegucigalpa.

República de Honduras (1991) *Código de Salud y Reglamento General de Salud Ambiental. Decreto N° 65-91*. Congreso Nacional de la República. Tegucigalpa.

República de Honduras (2005) *Presentación del Informe del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos ante el Honorable Congreso Nacional sobre el estado general de los Derechos Humanos en Honduras en el año 2005*. CONADEH. Tegucigalpa.

República de Honduras. (2006) *Informe del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos ante el Honorable Congreso Nacional sobre el estado general de los Derechos Humanos en Honduras en el año 2006*. CONADEH. Tegucigalpa.

República de Honduras. *Diario Oficial La Gaceta*. 23 de enero de 2006.

República de Honduras. (2010) *Informe Anual del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos sobre el estado general de los Derechos Humanos en Honduras y el desempeño de sus funciones. Año 2010*. CONADEH. Tegucigalpa.

República de Honduras. (2010) *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS*. Período de cobertura: enero de 2008-diciembre de 2009. Secretaría de Salud.

Revuelta, G, et. al., "El SIDA en los medios de comunicación. Análisis comparativo de El País, La Vanguardia y The New York Times en los veinte años de historia de la enfermedad (1981-2001)" En: *QUARK # 24*. Parc de Reserça Biomédica de Barcelona. 2002.

Rosenfield, P.L. "The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences" *Soc. Sci. Med.* Vol. 35. Issue 11. December 1992: 1343-1357

Roses, M. (2007) "Sesión de Clausura" Disertación brindada en el *IV Foro Latinoamericano de VIH/SIDA e ITS. 17-20 de abril de 2007*. Buenos Aires.

Rovere, M. "Educación en Salud Pública; relevancia, calidad y coaliciones estratégicas". En: Borrell, R.M. y Rovere, M. (Eds.) (2004) *La Formación de Postgrado en Salud Pública. Nuevos desafíos, nuevos caminos*. OPS Representación Argentina. Bs. As

Rovere, M. (2006) *Redes en Salud, los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. 2ª ed. El Agora. Bs. As.

Saleh-Ramírez, A. (2009) *Diagnóstico de los servicios de VIH/SIDA ofrecidos en los Centros de Atención Integral en Honduras*. AIDSTAR-One./USAID. Washington.

Savitz, D. A. "In defense of black box epidemiology". *Epidemiology* 1994; 5: 550-552

Serrano, A. (2010) *Por los caminos de la ciencia. Una introducción a la Epistemología Política*. Universidad Pedagógica Nacional "Francisco Morazán". Sistema Editorial Universitario. Tegucigalpa.

Sierra, M. "Epidemiología de VIH/SIDA en Honduras. Situación actual y perspectivas". En: Izazola, J.A. Ed. (1988) *Situación epidemiológica y económica del SIDA en América Latina y el Caribe*. SIDALAC/Fundación Mexicana para la Salud. México.

Secretaría de Salud de Honduras (2004) *Análisis Situacional y Visión Estratégica de la Secretaría de Salud*. Tomo ½. Tegucigalpa.

Secretaría de Salud. (2010) *Informe estadístico de la situación VIH/SIDA en Honduras. Período 1985-Junio 2010*. Tegucigalpa.

Secretaría de Salud y Proyecto POLICY (2004) *VIH/SIDA en Honduras. Antecedentes, proyecciones, impacto e intervenciones*. Secretaría de Salud. Tegucigalpa.

Secretaría de Salud y Proyecto POLICY (2004) *Evaluación del impacto del Segundo Plan Estratégico Nacional (PENSIDA II)* Secretaría de Salud. Tegucigalpa.

Sepúlveda, J. y Bronfman, M. (1995) "SIDA y Derechos Humanos". En: Frenk, M.J., Liguori, A.L. y Sepúlveda, A.J., *Salud y Derechos Humanos*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Mor.

Shakarivili, G. et. al., "Converging Health Systems Frameworks: Towards a Concepts-to-Actions Roadmap for Health Systems Strengthening in Low and Middle Income Countries." *Global Health Governance*, Vol. III No. 2 (Spring 2010).

Sinding, S. (2005) Does 'CNN' (Condoms, Needles, Negotiation) Work Better than 'ABC' (Abstinence, Being Faithful and Condom Use) in Attacking the AIDS Epidemic?" Viewpoint: *International Family Planning Perspectives*. Volume 31, Number 1, March 2005.

Siqueiros, J. H., y García, C. (2000) "Durbán 2000, rompiendo el silencio: el punto de vista de algunos/as integrantes de la sociedad civil mexicana". En: Izazola, J.A., Ed. (2000) *XIII Conferencia Internacional sobre SIDA. Lecciones para América Latina y el Caribe*. Fundación Mexicana para la Salud/SIDALAC/ONUSIDA. México, D. F.

Sistema de Naciones Unidas (2008) *Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2008 ONU*. Nueva York.

Smith, R. D. "The Role of Economic Power in Influencing the Development of Global Health Governance". *Global Health Governance*, Volume III, No. 2 (Spring 2010)

Sontag, S. (2003) *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Taurus Pensamiento. Bs. As.

Soto, L.E., (2000) "Ciencias básicas y clínicas". En: Izazola, J.A., Ed. (2000) *XIII Conferencia Internacional sobre SIDA. Lecciones para América Latina y el Caribe*. Fundación Mexicana para la Salud/SIDALAC/ONUSIDA. México, D. F.

Souza Minayo, M. C. (2008) "Interdisciplinariedad y Pensamiento Complejo en el Área de la Salud". *Salud Colectiva*. Enero-Abril. Vol. 4 No. 1. pp. 5-8.

Spink, M. J. "Posicionando a las personas por medio del lenguaje de los riesgos: reflexiones acerca del desarrollo de las 'Habilidades Personales' como estrategia de Promoción de la Salud". *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, Vol. 17, No. 050. 2007. p. 575-598

Stålsett, S. (2006) "Ethical Dimensions Of Vulnerability And Struggles For Social Inclusion In Latin America". *Paper prepared for the Inter-American Initiative on Social Capital, Ethics and Development Presented in Washington on February 24th 2006, at the IDB Ethics and Development Day. Session: "How can Ethical values and Social Capital contribute to Development Projects?"*

Starfield, B., Shi, L. and Macinko, J. (2005) "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health" *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 3, 2005 (pp. 457–502)

Stroker, G. "Governance as theory: five propositions. *ISSJ* 155/1998

Taylor, B."HIV, stigma and health: integration of theoretical concepts and the lived experiences of individuals" 2001 Blackwell Science Ltd, *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 792-798.

Terto, J.V. "La seropositividad al VIH como identidad social y política y política en el Brasil". En: Cáceres, C. et. al. (2004) *Ciudadanía sexual en América Latina: Abriendo el debate*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima.

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. (2008) *Annex A to the Program Grant Agreement Honduras: Program Implementation Description*. Tegucigalpa-Geneva.

Tirado, I. "La salud pública: una propuesta desde la complejidad y la transdisciplinariedad". *Odous Científica* Vol. 11 No. 2, Julio - Diciembre 2010

Tobar, F., et. al. "Introducción" En: Yadón Z, Gurtler R., Tobar F, Medici A, Eds. (2006) *Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina*. OPS. Buenos Aires.

Tobar, F. (2008) "Cambios de paradigma en Salud Pública" en el Panel *Estrategias de gestión territorial y alcance de la equidad en las políticas públicas*. XII Congreso del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo CLAD. Buenos Aires.

Transitional Working Group. (2001) *Final report Third Meeting of the Transitional Working Group to establish a Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*. December 13-14, 2001. Brussels.

Unger, J.P., De Paepe, P. and Green, A. "A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries". *Int J Health Plann Mgmt* 2003; 18: S27–S39.

Unger, J.P., De Paepe, P., Ghilbert, P., Soors, W. and Green, A. "Integrated care: a fresh perspective for international health policies in low and middle-income countries". *International Journal of Integrated Care*- Vol. 6, 18 September 2006.

United Nations Development Programme (2009) *Human Development Report 2009 overcoming barriers: Human mobility and development*. Palgrave Macmillan. New York.

United Nations Economic and Social Council. *Substantive session of 1995*. 26 June-28 July 1995. Geneva.

United Nations Fund for Population Agency (1994) *Programa de Accion de la Conferencia Internacional de El Cairo sobre Poblacion y Desarrollo*. UNFPA. Washington.

United States Agency for International Development Honduras (2003) *Programa de Apoyo en VIH/SIDA 2004-2008. III Reunión de Agencias Cooperantes en VIH/SIDA en Honduras*. 24 y 25 de Junio 2003. Tegucigalpa.

Van Dam, J. & Hutchinson, S. (2002) *Access to Treatment for HIV/AIDS. Report of a Meeting of International Experts. 12-13 June 2001 Washington, D.C.*. The Population Council. New York.

Van Parijs, P. "Más allá de la solidaridad. Los fundamentos éticos del estado de bienestar y de su superación." En: Alonso, M.A. y Giraldo, R.J. (Eds.) (2001) *Ciudadanía y Derechos Humanos Sociales*. Instituto Sindical de Cooperación al Desarrollo. Junta de Andalucía.

Wallerstein I. (Coord.) (2007) *Abrir las ciencias sociales*. Siglo XXI Editores, S.A. de C.V. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. UNAM. México.

Wawer MJ, Sewankambo NK, Gray RH, Serwadda D, Paxton L, Quinn TC, Wabwire-Mangen F; International Conference on AIDS. *Int Conf AIDS*. 1996 Jul 7-12; 11: 39 (abstract no. Mo.C.443).

World Health Organization (2000) *The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*. WHO. Geneva.

Comisionado Nacional de los Derechos Humanos. *Historia de los Derechos Humanos en Honduras*. <http://www.conadeh.hn/Joomla/index.php/informacion-institucional/20-historia-de-los-derechos-humanos-en-honduras?format=pdf>. Consultado el 15 de agosto de 2011.

Critical Path AIDS Project <http://critpath.org/actup> Acceso el 7 de agosto de 2011.

Instituto Nacional de Estadística. *Población por grupos quinquenales 2011*. Disponible en <http://www.ine.gob.hn/drupal/node/205> Acceso el 8 de agosto de 2011.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA. *Grupos de mayor vulnerabilidad*. <http://www.onusida.org/co/vulnerabilidad.htm>. Acceso el 1 de septiembre de 2011.

Secretaría de Salud Honduras (2011) Dirección General de Promoción de la Salud. <http://www.salud.gob.hn> Acceso el 13 de septiembre de 2011 <http://200.119.132.140/cdc/?q=es/node/49> Acceso el 3 de octubre de 2011

http://data.unaids.org/pub/Biography/2007/0207peterpiotbiog_sp_es.pdf Acceso el 14 de agosto de 2011

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/QUIENESSOMOS/0,,menuPK:64058517~pagePK:64057857~piPK:64057865~theSitePK:263702,00.html> Acceso el 9 de septiembre de 2011.

<http://www.aguabuena.org/historia.php> Acceso el 24 de mayo de 2010

http://www.ciprodeh.org.hn/objetivos_estrategicos.htm Acceso el 5 de septiembre de 2011

<http://www.cybercentro.org/funllaves/> Acceso el 25 de marzo de 2010

<http://www.dfid.gov.uk/About-DFID/Quick-guide-to-DFID/Who-we-are-and-what-we-do/> Acceso el 3 de mayo de 2010.

<http://www.funsalud.org.mx/centrodeopinion/sidalac.htm>. Acceso el 23 de agosto de 2011

<http://www.harvardfbcenter.org/about.php>. Acceso el 13 de agosto de 2011.

<http://www.iasociety.org> Acceso el 27 de agosto de 2011

<http://www.icaso.org/about.html>. Consultado el 5 de marzo de 2010

<http://www.ine.gob.hn/drupal/node/107>. Acceso el 7 de agosto de 2011.

<http://www.ine.gob.hn/drupal/node/121>. Acceso el 7 de Agosto de 2011.

<http://www.inlatina.org/red/icw-lac.html> Acceso el 4 de mayo de 2010

<http://www.laccaso.org/> Acceso el 3 de mayo de 2010

<http://www.msf.es/conocenos/identidad/index.asp> Acceso el 4 de mayo de 2010

<http://www.paho.org/Spanish/PAHO/historia.htm#propositos> Acceso el 20 de mayo de 2010

<http://www.pasca.org/node/70> Acceso el 3 de octubre de 2011

<http://www.redca.org/index.php?Sid=28&Ids=13> Acceso el 7 de mayo de 2010

http://www.salud.gob.hn/dgvs_Mision.html Acceso el 13 de septiembre de 2011.

<http://www.salud.gob.hn/misionvisionvalores.html>. Acceso el 13 de septiembre de 2011

http://www.sida.se/Global/About%20Sida/S%c3%a5%20arbetar%20vi/SIDA4848en_web.pdf Acceso el 3 de mayo de 2010

<http://www.unaids.org/en/AboutUNAIDS/default.asp> Accedida el 20 de abril de 2010

http://www.usaid.gov/our_work/global_health/ Acceso el 3 de mayo de 2010

<http://www.who.int/about/es/> Acceso el 12 de septiembre de 2011

ABC	Estrategia de prevención Abstinencia, Fidelidad, Condón (inglés)
ACDI	Agencia Canadiense de Cooperación Internacional
ACNUDH	Agencia de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
ACNUR	Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados
ACT UP	Coalición en SIDA para Desatar el Poder (inglés)
AED	Academia para la Educación y el Desarrollo
AIDSCAP	Proyecto de Control y Prevención del SIDA
ALCA	Área de Libre Comercio de las Américas
AMHON	Asociación de Municipios de Honduras
APS	Atención Primaria en Salud
ARV	(Medicamentos) Anti-retrovirales
ASDI	Agencia Sueca de Cooperación Internacional
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional
ASONAPVSI DAH	Asociación Nacional de Personas Viviendo con VIH y SIDA de Honduras
AZT	Zidovudina
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAI	Centros de Atención Integral (de la Secretaría de Salud)
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (inglés)
CESAMO	Centro de Salud con Médico
CESAR	Centro de Salud Rural

CESAR (Mesa)	Mesa de Cooperantes Externos en Salud y Reforma
CET	Control de Enfermedades Transmisibles
CHF	Fundación Cooperativa para la Vivienda (inglés)
CIPRODEH	Centro de Investigación y Protección de los Derechos Humanos
CLIPER	Clínicas Periféricas de Emergencias
CNN	Estrategia de Prevención Condón, Jeringas, Negociación (inglés)
COHEP	Consejo Hondureño de la Empresa Privada
COMCAVI	Proyecto Comunicando Vida (USAID)
COMISCA	Comisión de Ministros de Salud de Centroamérica
CONADEH	Comisionado Nacional de los Derechos Humanos de Honduras
CONASIDA	Comisión Nacional de SIDA
CONCASIDA	Congreso Centroamericano de SIDA
CONSODE	Asociación de Iglesias Evangélicas
DAS	Derecho a la Salud
DDHH	Derechos Humanos
DEA	Diploma de Estudios Avanzados
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
DFID	Ministerio Británico de Cooperación
DICU	Dirección de Investigación Científica (de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
ERP	Estrategia para la Reducción de la Pobreza
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual

FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (inglés)
FG	Fondo Global para la Lucha contra la Tuberculosis, SIDA y Malaria
FOROSIDA	Foro Nacional de SIDA
GAP-CAP	Oficina Regional de Centroamérica y Panamá del Programa Mundial de SIDA de los CDC de Atlanta (inglés)
GIPA	Mayor Involucramiento de las Personas Viviendo con SIDA (inglés)
GIST	Grupo de Tarea de Implementación Mundial (inglés)
GRID	Enfermedad de Inmunodeficiencia Relacionada con la Homosexualidad (inglés)
GTA	Grupo Temático Ampliado de la Cooperación en SIDA
GTT	Grupo de Tarea Mundial (inglés)
GTZ	Agencia de Cooperación Alemana (alemán)
HSH	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
IAS	Sociedad Internacional de SIDA (inglés)
ICASO	Consejo Internacional de Organizaciones de Servicio en SIDA (inglés)
ICW-LAC	Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA Latina (inglés)
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDU	Usuarios de Drogas Intravenosas (inglés)
IEC	Información, Educación y Comunicación

INAM	Instituto Nacional de la Mujer
INFOP	Instituto Nacional de Formación Profesional
IO	Infecciones Oportunistas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
JICA	Agencia de Cooperación Internacional de Japón (inglés)
LACCASO	Consejo Latinoamericano y Caribe de Organizaciones de Servicio en SIDA (inglés)
LLAVES	Fundación Llanto, Valor y Esfuerzo
MEGAS	Medición del Gasto en SIDA
MSF	Médicos Sin Fronteras
PAIM	Programa de Atención Integral de la Adolescencia
PASCA	Proyecto Acción SIDA en Centroamérica
PEMAR	Poblaciones en Mayor Riesgo
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (inglés) (Estados Unidos de América)
PMA	Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas
PNAIH	Programa Nacional de Atención Integral al Hombre
PNAIM	Programa Nacional de Atención Integral a la Mujer
PNAIN	Programa Nacional de Atención Integral a la Niñez
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIM	Organización Internacional para las Migraciones

OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUDC	Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Crimen
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEMAR	Población en Mayor Riesgo
PENSIDA	Plan Estratégico Nacional sobre SIDA
PIDESC	Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales
PMS	Programa Mundial de SIDA
PNS	Programa Nacional de SIDA
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POSAP	Postgrado en Salud Pública (de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
PS	Promoción de la Salud
PVIH	Personas Viviendo con VIH
REDCA	Red Centroamericana de Personas Viviendo con VIH
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIDALAC	Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe

SS	Secretaría de Salud (de Honduras)
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TARGA	Tratamiento Anti-retroviral de Gran Actividad
TB	Tuberculosis
TCS	Trabajadora Comercial del Sexo
TLC	Tratado de Libre Comercio
TRIPS	ADPIC Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el comercio (inglés)
UCM	Universidad Complutense de Madrid
UMIETS	Unidades de Manejo Integral de las Enfermedades de Transmisión Sexual
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UNDAF	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (inglés)
UNESCO	Programa de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Programa de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Agencia de las Naciones Unidas para la Mujer
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (inglés)
UNGASS	Asamblea Especial de la Organización de las Naciones Unidas (sobre el VIH y SIDA)
USAID	Agencia de Cooperación de los Estados Unidos de América
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida

ANEXOS DOCUMENTALES: A -J

**ANEXO A. CUADRO DE DOCUMENTOS ANALIZADOS POR
TIPO, AÑO DE PUBLICACION Y EMISOR**

TIPO DE DOCUMENTO	TITULO DEL DOCUMENTO	AÑO DE PUBLICACION	EMISOR
POLÍTICAS	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC	1966	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
	Declaración de Alma-Ata de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud	1978	OMS
	Declaración de Londres sobre Prevención del SIDA	1988	OMS
	Declaración y Programa de Acción de Viena de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos	1993	Organización de las Naciones Unidas
	Declaración de París de la Reunión Cumbre sobre SIDA	1994	Jefes de Estado y representantes de 42 Estados
	Ley Orgánica del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos	1995	Congreso Nacional de la República
	Políticas Nacionales sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA	1999	Secretaría de Salud
	Ley especial de VIH/SIDA y sus reglamentos	1999	Congreso Nacional de la República
	Declaración del Milenio.	2000	Organización de las Naciones Unidas
	Observación General # 14 del Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"	2000	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
	Declaración sobre el Acuerdo de los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual y la Salud Pública (Doha)	2001	Organización Mundial del Comercio
	Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA.	2001	Asamblea General de las NNUU Naciones Unidas
	Declaración de París sobre Efectividad en la Cooperación: Apropiación, Armonización, Alineamiento, Resultados y Mutua Responsabilidad	2005	Reunión de Alto Nivel Jefes de Gobierno y Agencias Multilaterales
	Declaración Política de Compromiso sobre el VIH/SIDA	2006	Asamblea General de las NNUU Naciones Unidas
	Estrategia Mundial de SIDA (Plan Mundial de SIDA)	1987	OMS
	La Estrategia Mundial contra el SIDA	1993	OMS
	Confronting AIDS: Public Priorities	1997	Banco Mundial

TIPO DE DOCUMENTO	TITULO DEL DOCUMENTO	AÑO DE PUBLICACION	EMISOR
ESTRATEGIAS DE PLANIFICACIÓN	in a Global Epidemic		
	Global Strategy Framework	2001	ONUSIDA
	Optimizing the Allocation of Resources among HIV Prevention Interventions in Honduras	2002	Banco Mundial
	Guía de acción para los compromisos de país de NNUU: aplicación de la UNGASS	2002	ONUSIDA
	Directrices para la elaboración de Indicadores básicos	2003	ONUSIDA
	Estrategia Mundial del Sector Salud para VIH/SIDA 2003-2007	2003	OMS
	National AIDS Programmes A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people	2004	OMS
	Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets	2004	OMS
	Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015	2005	OPS/OMS
	The World Bank's Global HIV/AIDS Program of Action	2005	Banco Mundial
	Directrices para el desarrollo de indicadores básicos	2005	ONUSIDA
	Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) Honduras 2006	2006	Secretaría de Salud
	Componentes del Plan hacia el Acceso Universal para la prevención, tratamiento y atención del VIH 2006-2011	2006	OMS
	Planning and Managing for HIV/AIDS Results A Handbook	2007	Banco Mundial
	Plan de Monitoreo y Evaluación del Departamento de ITS/VIH/SIDA	2008	Secretaría de Salud
	Directrices para el desarrollo de indicadores básicos.	2008	ONUSIDA
	Building on Evidence: A Situational Analysis of the HIV Epidemic and Policy Response in Honduras 2008	2008	Banco Mundial
	HIV/AIDS prevention in the context of new therapies	1998	ONUSIDA
	Partners in prevention: international case studies of effective health promotion practice in HIV&AIDS	1998	ONUSIDA
	Sexual behavioral change for HIV: Where have theories taken us?	1999	ONUSIDA

TIPO DE DOCUMENTO	TITULO DEL DOCUMENTO	AÑO DE PUBLICACION	EMISOR
ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN	La comercialización social: un método eficaz en la respuesta mundial al VIH/SIDA	1999	ONUSIDA
	Vigilancia del VIH de segunda generación	2000	ONUSIDA
	Educación inter pares y VIH/SIDA: Conceptos, usos y problemas Pautas para la vigilancia de infecciones de transmisión sexual	2000	ONUSIDA
	HIV/AIDS and communication for behavioral and social change: program experiences from an international workshop	2001	ONUSIDA
	HIV prevention needs and successes: a tale of three countries	2001	ONUSIDA
	Trabajar con varones para la prevención y asistencia del VIH	2002	ONUSIDA
	Trabajo sexual y VIH/SIDA: Actualización técnica	2002	ONUSIDA
	Asesoramiento VT de VIH: una vía de acceso a la prevención y la atención Cinco estudios de caso relacionados con la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, la tuberculosis, los jóvenes y el acceso a grupos de población general.	2003	ONUSIDA
	Transmitir el mensaje: los medios de comunicación y la respuesta al SIDA Intensificación de la prevención del VIH: documento de posición de política del ONUSIDA	2006	ONUSIDA
	Report of the UNAIDS Technical Consultation on Social Change Communication	2006	ONUSIDA
	Plan de Acción de ONUSIDA sobre intensificación de la prevención 2006-2007	2006	ONUSIDA
	Implementing the UN learning strategy on HIV/AIDS: Sixteen case studies	2007	ONUSIDA
	Practical guidelines for intensifying HIV prevention	2007	ONUSIDA
	UNAIDS Expert consultation on behavior change report	2007	ONUSIDA
	Global Strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections STIs	2008	OMS
	Normas de Atención Clínica del Adulto con VIH/SIDA.	2003	Secretaría de Salud
	Investing in a comprehensive health sector response to	2004	OPS/OMS

TIPO DE DOCUMENTO	TITULO DEL DOCUMENTO	AÑO DE PUBLICACION	EMISOR
ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN	HIV/AIDS: scaling-up treatment and accelerating prevention		
	Iniciativa Mundial de la OMS para dispensar tratamiento antiretroviral a tres millones de personas con VIH/SIDA en los países en vías de desarrollo para el final del 2005 3x5	2004	OPS/OMS
	Guía sobre Atención Integral de personas que viven con la co-infección de TB/VIH en América Latina y el Caribe.	2004	OPS
	Protecting young people from HIV and AIDS.. The role of Health Services	2004	OMS
	Normas de Atención en Consejería sobre VIH/SIDA	2005	Secretaría de Salud
	La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud	2007	OPS/OMS
ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS	De los principios a la práctica Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MPPS)	1999	ONUSIDA
	El VIH/SIDA y los Derechos Humanos Directrices Internacionales	2003	Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos
	Comprensión y respuesta al estigma y discriminación por VIH/SIDA en el sector salud	2003	OPS
	Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos	2006	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
	Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida Recurso para las partes interesadas en la respuesta al VIH en los diferentes países	2007	ONUSIDA
	Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida. Recurso para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos	2007	ONUSIDA
	The Global Task Team, a pathway to implement the "Three Ones" Opportunities for Scaling Up the Response to HIV at Country Level	2005	ONUSIDA

TIPO DE DOCUMENTO	TITULO DEL DOCUMENTO	AÑO DE PUBLICACION	EMISOR
ESTRATEGIAS DE COORDINACIÓN	Guidance Note.		
	The "Three Ones" in action: where we are and where we go from here	2005	ONUSIDA
	Formulación de Lineamientos para una Política Pública en VIH/SIDA	2005	CONASIDA
	Mecanismo Nacional de Armonización y Concordancia (CHAT)	2007	ONUSIDA
	Orientaciones terminológicas del ONUSIDA	2007	ONUSIDA
	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo UNDAF Honduras 2007-2011	2007	Sistema de las Naciones Unidas en Honduras
PLANES	Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el SIDA 1998-2001	1999	Secretaría de Salud de Honduras
	Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA 2003-2007. PENSIDA II	2003	CONASIDA Secretaría de Salud
	III Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y SIDA. PENSIDA III	2007	CONASIDA
PROYECTOS	Proyecto de Control y Prevención del SIDA	1997	AIDSCAP Family Health International USAID
	Proyecto "Acción SIDA en Centroamérica"	1998	PASCA The Futures Group USAID
	Plan Estratégico de Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación para el VIH en Centroamérica 2004-2008	2004	CDC-GAP-CAP
	Comunicando Cambio para la Vida COMCAVI	2008	AED-USAID
	Evaluación de Impacto del Proyecto Fortalecimiento Nacional Para La Protección y Promoción de la Salud en VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en Honduras. Informe Componente VIH/ SIDA	2008	ANED Consultores/PNUD
INFORMES DE AVANCE	Reporte de Progreso de la Declaración de Compromiso de UNGASS sobre VIH/SIDA 2003.	2003	República de Honduras
	Estimación de la calidad de atención integral en salud en las personas afectadas y viviendo con VIH-SIDA:	2003	CONADEH
	Resultados del Estudio-Diagnóstico de Línea Base para identificar las violaciones a los Derechos Humanos de las personas Viviendo con VIH/SIDA	2005	CONADEH
	Informe Nacional sobre los	2005	República de Honduras

TIPO DE DOCUMENTO	TITULO DEL DOCUMENTO	AÑO DE PUBLICACION	EMISOR
	Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS. 2005		
	Derechos Humanos y VIH. Legislación, Política y Práctica en Cinco Países de Centroamérica	2007	OPS
	Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS. 2008	2008	República de Honduras
	Informe de evaluaciones anuales de gestión 2006-2009	2009	Programa nacional de ITS/VIH/SIDA Honduras Secretaría de Salud

ANEXO B. LISTADO ALFABETICO DEL CORPUS DE DOCUMENTOS ANALIZADOS

1. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2000) Observación General # 14 del Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales *"El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"*. E/C.12/2000/4. 22º período de sesiones Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000
2. ANED Consultores. (2008) *Evaluación de impacto del proyecto fortalecimiento nacional para la protección y promoción de la salud en VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en Honduras. Informe Componente VIH SIDA*. PNUD. Tegucigalpa.
3. Ayes, M. A., et. al. (2005) *Resultados del Estudio-Diagnóstico de Línea Base para identificar las violaciones a los Derechos Humanos de las personas Viviendo con VIH/SIDA*. Comité de Seguimiento de la Primera Conferencia en Derechos Humanos. Tegucigalpa.
4. Barber-Maden, R. Velasco, E. y Schnell, Ch. (2008) *Evaluation for COMCAVI HIV/AIDS Umbrella Grant Program in Honduras*. USAID. Washington, D.C
5. Beeharry, G. et. al. (2002) *Optimizing the Allocation of Resources among HIV Prevention Interventions in Honduras*. The World Bank. Washington, D.C.
6. Centers for Disease Control and Prevention CDC.Global AIDS Program – Central America and Panama. *Plan Estratégico de Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación para el VIH en Centroamérica 2004-2008*. CDC – GAP/CAP. Guatemala.
7. Comisión Nacional de SIDA (2006) *Formulación de Lineamientos para una Política Pública en VIH/SIDA Borrador para discusión*. CONASIDA. Tegucigalpa.
8. Comisión Nacional de SIDA. (2003) *II Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA 2003-2007*. PENSIDA II Secretaría de Salud. Tegucigalpa.

9. Congreso Nacional de la República. (1995) *Ley Orgánica del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos. Decreto No. 153-95 La Gaceta No. 27811, 21 de noviembre de 1995.*
10. Congreso Nacional de la República. (1999) *Ley especial de VIH/SIDA y sus reglamentos. Decreto: No. 147-99 Publicado en el Diario Oficial La Gaceta No. 29,020 del día 13 de Noviembre de 1999.*
11. *Declaración de la Cumbre de París sobre el SIDA* 1 de Diciembre de 1994. París.
12. Departamento de Control y Prevención de ETS/SIDA/TB (1999) *Políticas Nacionales sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA.* Secretaría de Salud. Tegucigalpa.
13. Departamento de Control y Prevención de ETS/SIDA/TB (1999) *Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el SIDA 1998-2001* Secretaría de Salud. Tegucigalpa.
14. Departamento de ITS/VIH/SIDA (2006) *Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) Honduras 2006.* Secretaría de Salud/Banco Mundial. Tegucigalpa.
15. Departamento de ITS/VIH/SIDA (2008) *Plan de Monitoreo y Evaluación del Departamento de ITS/VIH/SIDA.* Secretaría de Salud. Tegucigalpa.
16. Departamento de ITS/VIH/SIDA Departamento de Salud Mental. (2005). *Normas de Atención en Consejería sobre VIH/SIDA.* Secretaría de Salud. Tegucigalpa.
17. Family Health International (1997) *Clausura del Proyecto de Control y Prevención del SIDA AIDSCAP* Press Release. Tegucigalpa.
18. Foreman, M. Lyra, P. y Breinbauer, C.(2003) *Comprensión y respuesta al estigma y discriminación por VIH/SIDA en el sector salud.* OPS. Washington, D.C.

19. Foro de Alto Nivel (2005) *Declaración de París sobre Efectividad en la Cooperación: Apropiación, Armonización, Alineamiento, Resultados y Mutua Responsabilidad*. París.
20. Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre VIH y Derechos Humanos. (2007) *Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del SIDA*. ONUSIDA. Ginebra.
21. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (1998) *Partners in prevention: international case studies of effective health promotion practice in HIV/AIDS*. UNAIDS. Geneva.
22. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (1999) *HIV/AIDS Prevention in the Context of New Therapies*. UNAIDS. Geneva.
23. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (1999) *Sexual behavioral change for HIV: Where have theories taken us?*. UNAIDS. Geneva.
24. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2001) *HIV prevention needs and successes: a tale of three countries* UNAIDS. Geneva.
25. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2001) *HIV/AIDS and communication for behavioral and social change: program experiences from an international workshop*. UNAIDS. Geneva.
26. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2001) *The Global Strategy on HIV/AIDS*. UNAIDS. Geneva.
27. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2002) *Guía de acción para los compromisos de país de NNUU: Aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*. ONUSIDA. Ginebra.
28. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2005) *The "Three Ones" in action: where we are and where we go from here*. UNAIDS. Geneva.
29. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2005) *The Global Task Team, a pathway to implement the "Three Ones" Opportunities for Scaling Up the Response to HIV at Country Level Guidance Note*. UNAIDS. Geneva.

30. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2006) *Report of the UNAIDS Technical Consultation on Social Change Communication*. UNAIDS. Geneva.
31. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2007) *Implementing the UN learning strategy on HIV/AIDS: Sixteen case studies*. UNAIDS. Geneva.
32. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2007) *Practical guidelines for intensifying HIV prevention*. UNAIDS. Geneva.
33. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2007) *UNAIDS Expert consultation on behavior change report* UNAIDS. Geneva.
34. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2008) *Global Strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections STIs*. UNAIDS. Geneva
35. Macinko, J., Montenegro, H. y Nebot, C. (2007) *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)* OPS. Washington, D.C.
36. Montesdeoca, A. (2003) *Estimación de la Calidad de Atención Integral en Salud en las Personas Afectadas y Viviendo con VIH-SIDA: Algunos resultados y recomendaciones*. CONADEH/IIDH/PRAIM/GTZ Tegucigalpa.
37. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para el VIH (2003) *El VIH/SIDA y los Derechos Humanos Directrices Internacionales*. ACNUDH Nueva York y Ginebra.
38. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para el VIH (2006) *El VIH/SIDA y los Derechos Humanos Directrices Internacionales*. ACNUDH Nueva York y Ginebra.
39. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (1966) *"Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales" PIDESC. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, según el artículo 27.*

40. Organización de las Naciones Unidas (1993) *“Declaración y Programa de Acción de Viena. Conferencia Mundial de Derechos Humanos”*. Viena, 14 a 25 de junio de 1993.
41. Organización de las Naciones Unidas (2000) *“Declaración del Milenio”*. A/RES/55/2 13 de Septiembre de 2000. Nueva York.
42. Organización de las Naciones Unidas (2001) *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. "Crisis Mundial-Acción Mundial". Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. 8a. sesión plenaria 27 de junio de 2001.*
43. Organización de las Naciones Unidas. (2006) Declaración Política de Compromiso sobre el VIH/SIDA. A/RES/60/262 Adoptada por la Asamblea General 2 de Junio de 2006.
44. Organización Mundial de la Salud (1987) *Estrategia Mundial de SIDA (Plan Mundial de SIDA)* OMS. Ginebra.
45. Organización Mundial de la Salud (2006) *Componentes del Plan hacia el Acceso Universal para la prevención, tratamiento y atención del VIH 2006-2011* OMS Ginebra.
46. Organización Mundial de la Salud. (1978) *“Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud”*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
47. Organización Mundial de la Salud. (1993) *La Estrategia Mundial contra el SIDA*. OMS. Ginebra.
48. Organización Mundial de la Salud. (1998) *Declaración de Londres sobre Prevención del SIDA*. OMS. Ginebra.
49. Organización Mundial de la Salud. (2003) *Estrategia Mundial del Sector Salud para VIH/SIDA 2003-2007*. OMS. Ginebra.

50. Organización Mundial de la Salud. (2004) *Iniciativa Mundial de la OMS para dispensar tratamiento antiretroviral a tres millones de personas con VIH/SIDA en los países en vías de desarrollo para el final del 2005*. OMS. Ginebra.
51. Organización Mundial del Comercio. (2001) *"Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública"*. WT/MIN(01)/DEC/2, Adoptada el 14 de noviembre de 2001.
52. Organización Panamericana de la Salud (2005) *Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015*. OPS. Washington, D.C.
53. Padgett, M. D. (2003) *Normas de Atención Clínica del Adulto con VIH/SIDA*. Secretaría de Salud. Tegucigalpa.
54. PASCA *Programa para fortalecer la respuesta al VIH en Centroamérica*. Honduras. <http://www.pasca.org/node/70> Consultada el 3 de octubre de 2011
55. Postigo, D. (2007) *Derechos Humanos y VIH. Legislación, Política y Práctica en Cinco Países de Centroamérica*. OPS. Washington, D.C.
56. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2007) *Mecanismo Nacional de Armonización y Concordancia (CHAT) Un mecanismo para abordar los desafíos de armonización y concordancia mediante la evaluación de los puntos fuertes y la eficacia de las asociaciones en la respuesta nacional al sida* ONUSIDA Ginebra.
57. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2003) *Directrices para la elaboración de Indicadores básicos*. ONUSIDA. Ginebra.
58. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (2008) *Orientaciones terminológicas del ONUSIDA* ONUSIDA. Ginebra.
59. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2008) *Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida. Recurso para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos*. ONUSIDA. Ginebra.

60. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre SIDA. (1999) *La comercialización social: un método eficaz en la respuesta mundial al VIH/SIDA* ONUSIDA. Ginebra.
61. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre SIDA. (2000) *Educación inter pares y VIH/SIDA: Conceptos, usos y problemas. Pautas para la vigilancia de infecciones de transmisión sexual*. ONUSIDA. Ginebra.
62. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre SIDA. (2000) *Vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo decenio*. ONUSIDA. Ginebra.
63. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre SIDA. (2002) *Trabajar con varones para la prevención y asistencia del VIH* ONUSIDA. Ginebra
64. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre SIDA. (2002) *Trabajo sexual y VIH/SIDA: Actualización técnica*. ONUSIDA. Ginebra.
65. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre SIDA. (2003) *Asesoramiento VT de VIH: una vía de acceso a la prevención y la atención Cinco estudios de caso relacionados con la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, la tuberculosis, los jóvenes y el acceso a grupos de población general*. ONUSIDA. Ginebra.
66. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre SIDA. (2006) *Plan de Acción de ONUSIDA sobre intensificación de la prevención 2006-2007*. ONUSIDA. Ginebra.
67. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre SIDA. (2006) *Transmitir el mensaje: los medios de comunicación y la respuesta al SIDA Intensificación de la prevención del VIH: documento de posición de política del ONUSIDA*. ONUSIDA. Ginebra
68. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. (2005) *Directrices para el desarrollo de indicadores básicos*. ONUSIDA. Ginebra.
69. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. (2008) *Directrices para el desarrollo de indicadores básicos*. ONUSIDA. Ginebra.

70. Programa Regional de Tuberculosis/Programa Regional del SIDA/ITS. (2004) *Guía sobre Atención Integral de personas que viven con la coinfección de TB/VIH en América Latina y el Caribe*. OPS. Washington.
71. República de Honduras (2003) *Reporte de Progreso de la Declaración de Compromiso de UNGASS sobre VIH/SIDA 2003*. Secretaría de Salud. Tegucigalpa.
72. República de Honduras (2007) *III Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y SIDA 2008-2012*. CONASIDA Tegucigalpa.
73. República de Honduras. (2005) *Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS 2005*. Secretaría de Salud. Tegucigalpa.
74. República de Honduras. (2008) *Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS 2008*. Secretaría de Salud. Tegucigalpa.
75. Rodríguez-García, R. and Jody Zall Kusek. (2007) *Planning and Managing for HIV/AIDS Results a Handbook*. The World Bank. Washington, D.C.
76. Sistema de las Naciones Unidas en Honduras. (2007) *Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo UNDAF Honduras 2007-2011*. Gobierno de Honduras/Sistema de las Naciones Unidas en Honduras. Tegucigalpa.
77. The Global HIV/AIDS Program (2008) *Building on Evidence: A Situational Analysis of the HIV Epidemic and Policy Response in Honduras 2008*. The World Bank. Washington, D.C.
78. The Global HIV/AIDS Program. (2005) *The World Bank's Global HIV/AIDS Program of Action*. The World Bank. Washington, D.C.
79. The International Bank for Reconstruction and Development (1997) *Confronting AIDS. Public Priorities in a Global Epidemic*. Oxford University Press, Inc. Washington, DC/ New York, NY.

80. Unidad de Monitoreo y Evaluación de ITS/VIH y SIDA (2009) *Informe de Evaluaciones Anuales de Gestión 2006-2009 Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA de Honduras*. Secretaría de Salud. Tegucigalpa.
81. Van Roey, J. (1999) *De los principios a la práctica Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MPPS)* ONUSIDA Ginebra
82. World Health Organization (2004) *Investing in a comprehensive health sector response to HIV/AIDS: scaling-up treatment and accelerating prevention* (January 2004 to December 2005). *WPR/RC55/INF.DOC./2*. Fifty-fifth session Shanghai, China. 13-17 September 2004
83. World Health Organization (2004) *National AIDS Programmes A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people*. WHO. Geneva
84. World Health Organization (2004) *Protecting young people from HIV and AIDS. The role of Health Services*. WHO. Geneva.
85. World Health Organization (2004) *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. WHO. Geneva.

ANEXO C. PROPOSITO DE LAS POLITICAS ANALIZADAS EN VIH Y SIDA SEGÚN EMISOR, AÑO DE EMISION Y VIGENCIA

NOMBRE	EMISOR	EMISION Y VIGENCIA	PROPOSITO DE LA POLITICA
Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC	Asamblea General de las Naciones Unidas	1966 Entrada en vigor en 1976 No definida	<p>Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.</p> <p>Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:</p> <p>La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;</p> <p>El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;</p> <p>La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.</p>
Declaración de Alma-Ata	Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud	1978 Indefinida	<p>La atención primaria de salud: es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;</p> <p>se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;</p> <p>comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;</p> <p>entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;</p> <p>exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de</p>

NOMBRE	EMISOR	EMISION Y VIGENCIA	PROPOSITO DE LA POLITICA
			<p>otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;</p> <p>debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;</p> <p>se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.</p> <p>Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.</p>
Declaración de Londres sobre Prevención del SIDA	Cumbre Mundial de Ministros de Salud y delegados de 148 países OMS	28 de Enero 1988	<p>3. Nos comprometemos a establecer programas nacionales apropiados para prevenir y frenar la propagación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el marco de los sistemas de salud de nuestros países. Insistimos ante todos los gobierno, en la utilidad de un comité coordinador de alto nivel para mancomunar la totalidad de las instancias gubernamentales y, de conformidad con la Estrategia Mundial contra el SIDA, y en la mayor medida posible, haremos participar en la planificación y aplicación de esos programas, a todos los sectores gubernamentales y organizaciones no gubernamentales competentes.</p> <p>4...el componente más importante de los programas nacionales para esa enfermedad es la labor de información y educación, toda vez que puede prevenirse la transmisión del VIH mediante un comportamiento responsable y bien informado. A este respecto los individuos, los gobiernos, los medios de información y otros actores tienen importantes funciones que desempeñar en la prevención de la propagación de la infección por el VIH.</p> <p>5. Consideramos que los programas de información y educación deben estar dirigidos al público en general y tener plenamente en cuenta las circunstancias sociales y culturales los diferentes modos de vida y los valores humanos y espirituales. Los mismos principios son igualmente aplicables a los programas dirigidos a grupos específicos, interesándolos según proceda.</p> <p>8. Recabaremos la participación de todas as instancias gubernamentales y organizaciones no gubernamentales con</p>

NOMBRE	EMISOR	EMISION Y VIGENCIA	PROPOSITO DE LA POLITICA
			<p>objeto de crear el contexto social y apoyo necesario para asegurar la aplicación eficaz de programas de prevención del SIDA y la humanización de la asistencia de los individuos afectados.</p> <p>9. Haremos ver claramente a nuestros gobiernos la importancia que reviste para la sanidad nacional asegurar la disponibilidad de los recursos humanos y financieros, inclusive de servicios sanitarios y sociales con personal competente, que se necesitan para llevar a cabo nuestros programas nacionales contra el SIDA y para fomentar un comportamiento responsable y bien informado</p> <p>14...abriremos totalmente los canales de comunicación en cada sociedad a fin de informar y educar más amplia, general e intensivamente al público...forjaremos, mediante la información, la educación y el liderazgo social, un espíritu de tolerancia social</p>
Declaración y Programa de Acción de Viena	Conferencia Mundial de Derechos Humanos	14 al 25 de junio de 1993	<p>5. Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso. Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.</p> <p>18. Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.</p> <p>- La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas. Esto puede lograrse con medidas legislativas y con actividades nacionales y cooperación internacional en esferas tales como el desarrollo económico y social, la educación, la atención a la maternidad y a la salud y el apoyo social.</p> <p>- La cuestión de los derechos humanos de la mujer debe formar parte integrante de las actividades de derechos humanos de las Naciones Unidas, en particular la promoción de todos los instrumentos de derechos humanos relacionados con la mujer.</p> <p>- La Conferencia Mundial de Derechos Humanos insta a los gobiernos, las instituciones intergubernamentales y las</p>

NOMBRE	EMISOR	EMISION Y VIGENCIA	PROPOSITO DE LA POLITICA
			<p>organizaciones no gubernamentales a que intensifiquen sus esfuerzos en favor de la protección y promoción de los derechos humanos de la mujer y de la niña.</p> <p>26. Cada Estado debe prever un marco de recursos eficaces para reparar las infracciones o violaciones de los derechos humanos. La administración de justicia, en particular los organismos encargados de hacer cumplir la ley y del enjuiciamiento así como un poder judicial y una abogacía independientes, en plena conformidad con las normas contenidas en los instrumentos internacionales de derechos humanos, son de importancia decisiva para la cabal realización de los derechos humanos sin discriminación alguna y resultan indispensables en los procesos de democratización y desarrollo sostenible. En este contexto, las instituciones que se ocupan de la administración de justicia deben estar adecuadamente financiadas, y la comunidad internacional debe prever un nivel más elevado de asistencia técnica y financiera. Incumbe a las Naciones Unidas establecer con carácter prioritario programas especiales de servicios de asesoramiento para lograr así una administración de justicia fuerte e independiente.</p> <p>75. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos alienta a la Comisión de Derechos Humanos a que, en colaboración con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, siga examinando protocolos facultativos del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.</p> <p>78. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos considera que la educación, la capacitación y la información pública en materia de derechos humanos son indispensables para establecer y promover relaciones estables y armoniosas entre las comunidades y para fomentar la comprensión mutua, la tolerancia y la paz.</p>
Declaración de París de la Reunión Cumbre sobre SIDA	Jefes de Gobierno y representantes de 42 Estados	1 de Diciembre 1994 No definida	<p>Incluir en nuestra políticas nacionales:</p> <p>Protección y promoción de los derechos de los individuos, particularmente aquellos que viven con o son más vulnerables al VIH/SIDA, a través del entorno legal y social</p> <p>Incorporación total de organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria, así como personas viviendo con VIH/SIDA en la formulación e implementación de políticas públicas</p> <p>Asegurar la igualdad en la protección ante la ley a PVIH respecto del acceso a atención de la salud, empleo, educación, desplazamiento, alojamiento y seguridad social</p> <p>Intensificar los siguientes enfoques para la prevención del VIH/SIDA:</p> <p>Promoción de y acceso a variedad de estrategias preventivas culturalmente aceptables, incluyendo el condón y el tratamiento de enfermedades sexualmente transmisibles, promoción de una adecuada educación en prevención, incluyendo la sexual y de género para la juventud en las escuelas y fuera de ellas.</p>

NOMBRE	EMISOR	EMISION Y VIGENCIA	PROPOSITO DE LA POLITICA
			<p>Mejoramiento del estatus, educación y condiciones de vida de la mujer</p> <p>Actividades de reducción de riesgo específicas para, y en colaboración con los grupos más vulnerables, como grupos de alto riesgo de transmisión sexual y poblaciones migrantes</p> <p>Seguridad de la sangre y productos derivados</p> <p>Fortalecimiento de los <i>Sistemas de Atención Primaria</i> como base para la prevención y la atención, e integrar las actividades en VIH/SIDA en dichos sistemas, para el aseguramiento del acceso a atención integral</p> <p>Disposición de los recursos necesarios para un mejor combate a la pandemia, incluyendo un adecuado apoyo a las personas infectadas con VIH/SIDA, organizaciones no gubernamentales y organizaciones de base comunitaria trabajando con poblaciones vulnerables</p> <p>Apoyar el mayor involucramiento de las personas viviendo con VIH/SIDA a través de una iniciativa para fortalecer la capacidad y coordinación de redes de personas que viven con VIH/SIDA y organizaciones de base comunitaria</p> <p>Promover la colaboración mundial para la investigación entre sectores públicos y privados, para acelerar el desarrollo de tecnologías de prevención y tratamiento. Estos esfuerzos colaborativos deberán incluir la investigación social y conductual.</p> <p>Fortalecer los mecanismos nacionales e internacionales relacionados con aspectos de ética y derechos humanos relacionados con el VIH/SIDA.⁵⁷⁶</p>
Ley Orgánica del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos	Congreso Nacional de la República <i>Decreto No. 153-95</i> <i>La Gaceta No. 27811</i>	21 de Noviembre de 1995 Indefinida	<p><i>Visión:</i> Somos una institución independiente, reconocida por su eficiencia y compromiso con la defensa y promoción de la dignidad de todas las personas.</p> <p><i>Misión:</i> Promovemos la seguridad y la integridad de todos los habitantes de nuestro país, actuando con valentía, integridad, solidaridad, objetividad, respeto y en alianza con los mejores hombres y mujeres del mundo</p> <p>-Para garantizar los derechos y libertades reconocidos en la Constitución, y también los Tratados, Pactos, Convenios y sus Protocolos Facultativos ratificados por el Estado hondureño</p> <p>- Prestar atención inmediata y dar seguimiento a cualquier denuncia sobre violación a los derechos humanos</p> <p>- Velar porque los actos y resoluciones de la administración pública sean acordes con el contenido de los tratados, convenios y acuerdos internacionales en materia de derechos humanos ratificados por Honduras</p> <p>- Presentar ante las autoridades nacionales que fuera necesario, las observaciones, recomendaciones y sugerencias que estimen del caso para el cumplimiento del</p>

⁵⁷⁶ Reunión Cumbre de París sobre el SIDA. Declaración de París.. Paris. 1 de Diciembre de 1994

NOMBRE	EMISOR	EMISION Y VIGENCIA	PROPOSITO DE LA POLITICA
			<p>ordenamiento jurídico</p> <p>- Elaborar y desarrollar programas de prevención y difusión en materia de derechos humanos, en los ámbitos político, jurídico, económico, educativo y cultural.</p> <p>Su organización, prerrogativas y atribuciones son el objeto de esta Ley Orgánica, en tanto emana de las normas constitucionales que desarrollan la promoción y defensa de los derechos de la persona humana como fin supremo del mismo Estado.</p>
Políticas Nacionales sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA	Secretaría de Salud	1999 No definida	<p>“...guiar y potenciar la respuesta nacional frente a [SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual].”</p> <p>“Reducción de la transmisión sexual</p> <p>Reducción de la transmisión sanguínea del VIH</p> <p>Reducción de la transmisión perinatal del VIH</p> <p>Mejoramiento permanente del acceso a la atención médica y psicosocial de las personas infectadas con el VIH y otras ETS, así como de la calidad de la misma</p> <p>Fortalecimiento de las iniciativas de autoayuda de las comunidades afectadas y de la solidaridad hacia las mismas</p> <p>Promoción y defensa de los derechos humanos de las personas y comunidades afectadas por la epidemia</p> <p>Apoyo a las iniciativas de la sociedad civil frente al SIDA, y particularmente a aquellas que, originadas en agrupaciones de personas viviendo con VIH y en organizaciones de base comunitaria sin fines de lucro, busquen reducir el impacto social de la epidemia de SIDA</p> <p>Promoción de la solidaridad frente al costo social de la epidemia de VIH/SIDA, y de la diversificación de los recursos financieros necesarios para su control</p> <p>Coordinación intrasectorial e intersectorial de las políticas y estrategias en torno al SIDA</p> <p>Generación de información necesaria para el monitoreo de la epidemia y la respuesta a la misma</p> <p>Establecimiento y continuidad de una estructura administrativa adecuada para el enfrentamiento de las ETS y SIDA en el Sector Salud, que otorgue roles normativos al nivel central, gerenciales a los niveles regionales y efectores a las unidades prestadoras de servicios UPS⁵⁷⁷</p>
Ley especial de VIH/SIDA y sus reglamento	Congreso Nacional de la República de Honduras	1999 No definida	<p>ARTICULO 1.- El propósito de la presente Ley es contribuir a la protección y promoción integral de la salud de las personas, mediante la adopción de las medidas necesarias conducentes a la a la prevención, investigación, control y tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Así como, la educación e información de la población en general.</p> <p>ARTICULO 2.- Se declara d interés nacional la lucha contra</p>

577 Secretaría de Salud (1999) **Políticas Nacionales sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA**. Secretaría de Salud. Tegucigalpa.

NOMBRE	EMISOR	EMISION Y VIGENCIA	PROPOSITO DE LA POLITICA
			el VIH/SIDA, entendida en los aspectos de control y prevención de la propagación del VIH, considerando como puntos focales la educación y protección de la población en general, el respeto a los derechos y deberes de las personas infectadas por el VIH y enfermas del SIDA en cualquier ámbito y el tratamiento y la investigación de la infección. ⁵⁷⁸
Observación General # 14 del Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos	2000 Indefinido	<p>“...derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.</p> <p>Incluye los elementos de <i>Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad, Calidad</i>,</p> <p>El derecho a la salud materna, infantil y reproductiva</p> <p>El derecho a la higiene del trabajo y del medio ambiente</p> <p>El derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas</p> <p>El derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud</p> <p>No discriminación e igualdad de trato</p> <p>La perspectiva de género</p> <p>La mujer y el derecho a la salud</p> <p>Los niños y adolescentes</p> <p>...fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro resultados positivos en materia de salud, por ejemplo la realización de investigaciones y el suministro de información; ii) velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados; iii) velar por que el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sanas, así como acerca de las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de servicios; iv) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud.”⁵⁷⁹</p>

⁵⁷⁸ República de Honduras (1999) **Ley Especial de VIH/SIDA** Op.cit.

⁵⁷⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. **El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud** : . 11/08/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments) 22º período de sesiones. Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000. Párrafos11-21

NOMBRE	EMISOR	EMISION Y VIGENCIA	PROPOSITO DE LA POLITICA
Declaración del Milenio	Asamblea General de las Naciones Unidas	2000 2015	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA. Prestar especial asistencia a los niños huérfanos por causa del VIH/SIDA. ⁵⁸⁰ Lograr para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA para todas las personas que lo necesiten
Declaración sobre el Acuerdo de los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual y la Salud Pública (Doha)	Organización Mundial del Comercio OMC	14 de noviembre de 2001 No definida	Reafirmamos el derecho de los Miembros de la OMC de utilizar, al máximo, las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual en el Comercio ADPIC, que prevén flexibilidad al efecto “...Cada miembro tiene el derecho a determinar lo que constituye una emergencia o extrema urgencia, en materia de salud pública, incluyendo las relacionadas con VIH/SIDA, tuberculosis, malaria y otras epidemias, que puedan representar emergencia o extrema urgencias nacionales” “...Cada miembro tiene el derecho de conceder licencias obligatorias y la libertad de determinar las bases sobre las cuales se conceden tales licencias” “Cada Miembro tiene el derecho de determinar lo que constituye una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia, quedando entendido que las crisis de salud pública, incluidas las relacionadas con el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras epidemias, pueden representar una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia. “...Reconocemos que algunos miembros de la OMC con insuficientes capacidades de manufactura en el sector farmacéutico podrían tener dificultades para hacer efectivo el uso de licencias obligatorias, bajo los Acuerdos del Tratado de Libre Comercio. Instruimos al Consejo para encontrar soluciones a este problema y reportar al Consejo General antes de finales de 2002.” ⁵⁸¹
Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA UNGASS	Asamblea General de las Naciones Unidas	2001 2010	“Para 2003, asegurar el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de financiación nacionales multisectoriales para luchar contra el VIH/SIDA que: se refieran a la epidemia en términos directos; hagan frente al estigma, el silencio y la negación de la realidad, tengan en cuenta las dimensiones de género y de edad de la epidemia; eliminen la discriminación y la marginación; entrañen la colaboración con la sociedad civil y el sector empresarial y la plena participación de las personas que viven con VIH/SIDA, las que pertenezcan a grupos vulnerables y las que se encuentren más expuestas, especialmente las mujeres y los jóvenes; se financien en la medida de lo posible con cargo a los presupuestos nacionales sin exclusión de otras fuentes, la cooperación internacional, entre ellas; promuevan y protejan plenamente los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental; incorporen una perspectiva de género; y tengan en cuenta el riesgo, la vulnerabilidad, la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo, así como la reducción de los efectos de la epidemia; aumenten la capacidad de los sistemas de salud, educación y jurídico; Para 2003, incorporar las prioridades de la prevención,

⁵⁸⁰ Organización de las Naciones Unidas (2000) **Declaración del Milenio Aprobada en la 8ª. Sesión Plenaria el 8 de septiembre de 2000.** Nueva York párrafo 19

⁵⁸¹ World Trade Organization WTO (2001) Declaration n the TRIPS Agreement And Public Health Ministerial Conference Fourth Session Doha, 9 - 14 November 2001

NOMBRE	EMISOR	EMISION Y VIGENCIA	PROPOSITO DE LA POLITICA
			atención, tratamiento, apoyo y reducción de los efectos del VIH/SIDA en los planes de desarrollo, incluidas las estrategias de erradicación de la pobreza, las asignaciones de los presupuestos nacionales y los planes de desarrollo sectorial. ⁵⁸²
Declaración de París sobre Efectividad en la Cooperación	Ministros de los países desarrollados y en desarrollo responsables de promover el desarrollo y Directores de Agencias de Cooperación Bilaterales y Multilaterales	2005 No definida	<p>Apropiación, Armonización, Alineamiento, Resultados y Mutua Responsabilidad para la efectividad de la Cooperación.</p> <p>Incremento proporcional de más ayuda efectiva</p> <p>Adaptación y aplicación a diferentes situaciones de país</p> <p>Especificación de objetivos, cronogramas e indicadores</p> <p>Monitoreo y evaluación de la implementación</p> <p>Apropiación, ejerciendo liderazgo en la implementación y coordinación de estrategias nacionales de desarrollo</p> <p>Los donantes basan su apoyo a los países en las estrategias de desarrollo nacionales y en los procedimientos institucionales</p> <p>Los países fortalecen sus capacidades de desarrollo con el apoyo de los donantes</p> <p>Fortalecimiento de las capacidades gerenciales del financiamiento público</p> <p>Fortalecimiento de los sistemas de obtención de fondos nacionales</p> <p>Utilización de procedimientos de economía de escala</p> <p>Los donantes implementan arreglos comunes y procedimientos simplificados</p> <p>División del trabajo complementaria y más efectiva entre los donantes</p> <p>Manejo de recursos y mejoramiento de la toma de decisiones para lograr resultados</p> <p>Los donantes y los países aliados son mutuamente responsables por el logro de los resultados⁵⁸³</p>
Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA: cinco años después	Asamblea General de las Naciones Unidas UNGASS	2006 2006-2015	<p>Llamamiento a objetivos nacionales ambiciosos a desarrollar por los países para finales de 2006 para el logro del acceso universal a programas integrales de prevención, tratamiento, atención y apoyo para 2010, con objetivos intermedios en el 2008</p> <p>Nos comprometemos a proporcionar el más alto compromiso para asegurar planes nacionales en VIH/SIDA amplios, costeados, sostenibles y creíbles y basados en evidencia, implementados con transparencia, responsabilidad y efectividad, dentro de las prioridades nacionales</p> <p>Compromiso para cubrir la brecha para la obtención de los fondos necesarios, de fuentes nacionales e internacionales de manera más predecible, sostenible y alineadas con los planes y estrategias nacionales</p> <p>Se enfatiza en la necesidad de fortalecer las políticas y vínculos programáticos, en coordinación entre los planes y estrategias de SIDA, con los de SSR, incluyendo estrategias para la erradicación de la pobreza, para afrontar, el impacto del SIDA en los planes y estrategias nacionales de desarrollo</p>

582 Organización de las Naciones Unidas (2001) O. cit. párrafo 37 y 38.

583 High Level Forum Paris Declaration on AIDS Effectiveness Ownership, Harmonization, Alignment, Results and Mutual Accountability. Paris, Febrero 28 a Marzo 2, 2005.

NOMBRE	EMISOR	EMISION Y VIGENCIA	PROPOSITO DE LA POLITICA
			<p>Nos comprometemos a incrementar de la capacidad de los recursos humanos y el compromiso de recursos adicionales para los países de bajos y medianos recursos para el desarrollo y implementación de modelos de entrega de servicios alternativos y simplificados; y la expansión de la provisión, a nivel comunitario de servicios de sociales y de salud integrales en SIDA</p> <p>Reafirmamos el derecho para usar los acuerdos comerciales de manera flexible, incluyendo los Tratados sobre Propiedad Intelectual, y resolvemos apoyar a los países en desarrollo para hacer uso de dichas flexibilidades</p> <p>Compromiso para intensificar esfuerzos para eliminar todas las formas de estigma y discriminación contra las personas viviendo con VIH y miembros de grupos vulnerables, asegurar el máximo disfrute de todos los derechos y libertades fundamentales, en particular acceso a programas integrales de SIDA</p> <p>Nos comprometemos a la eliminación las inequidades basadas en género, el abuso y la violencia: a incrementar las capacidades de mujeres y niñas para protegerse a sí mismas de la infección por VIH, principalmente a través de la provisión de servicios de atención a la salud, incluyendo Salud Sexual y Reproductiva, para brindar a las mujeres acceso a información y educación integral para prevenir la transmisión de madre a hijo del VIH y TAR vitalicia</p> <p>Compromiso para tratar las crecientes tasas de infección por VIH entre la población joven, a través de la implementación de estrategias integrales de prevención, basadas en evidencia, que promuevan el comportamiento sexual responsable, incluyendo el condón</p> <p>Compromiso de promover el acceso a educación e información en VIH/SIDA, consejería y prueba voluntaria y servicios relacionados, con la protección plena de la confidencialidad y consentimiento informado; y promover entornos legales seguros para la apertura voluntaria sobre el estado serológico.⁵⁸⁴</p>

⁵⁸⁴ Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración política sobre el VIH/SIDA Resolución 60/262. aprobada por la Asamblea General [sin remisión previa a una Comisión Principal (A/60/L.57)] 2 de junio de 2006.

**ANEXO D. CUADRO CONSOLIDADO DE ESTRATEGIAS
ANALIZADAS SEGÚN AÑO DE EMISION, EMISOR Y TIPO**

AÑO	EMISOR	PLANIFICACION (19)	PREVENCION (18)	ATENCION (7)	PROMOCION DDHH (6)	COORDINACION (6)
1987	OMS	Estrategia Mundial de SIDA (Plan Mundial de SIDA)				
1993	OMS	La Estrategia Mundial contra el SIDA				
1998	ONUSIDA		Partners in prevention: international case studies of effective health promotion practice in HIV&AIDS			
1999	ONUSIDA		Sexual behavioral change for HIV: Where have theories taken us?			
			La comercialización social: un método eficaz en la respuesta mundial al VIH/SIDA			
			HIV/AIDS prevention in the context of new therapies			
					De los principios a la práctica GIPA Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MPPS)	
2000	ONUSIDA		Educación inter pares y			

ANO	EMISOR	PLANIFICACION (19)	PREVENCION (18)	ATENCION (7)	PROMOCION DDHH (6)	COORDINACION (6)
			VIH/SIDA: Conceptos, usos y problemas Pautas para la vigilancia de infecciones de transmisión sexual			
			Vigilancia del VIH de segunda generación			
2001	ONUSIDA		HIV/AIDS and communication for behavioral and social change: program experiences from an international workshop			
		The Global Strategy Framework on HIV/AIDS	HIV prevention needs and successes: a tale of three countries			
2002	ONUSIDA	Guía de acción para los compromisos de país de NNUU: aplicación de la UNGASS	Trabajo sexual y VIH/SIDA: Actualización técnica			
			Trabajar con varones para la prevención y asistencia del VIH			
	ACNUDH				El VIH/SIDA y los Derechos Humanos Directrices Internacionales	
	BANCO MUNDIAL	Optimizing the Allocation of resources among HIV Prevention Interventions in Honduras				
2003	ONUSIDA	Directrices para la elaboración de Indicadores básicos				

ANO	EMISOR	PLANIFICACION (19)	PREVENCION (18)	ATENCION (7)	PROMOCION DDHH (6)	COORDINACION (6)
			Asesoramiento VT de VIH: una vía de acceso a la prevención y la atención			
	OMS	Estrategia Mundial del Sector Salud para VIH/SIDA 2003-2007			Comprensión y respuesta al estigma y discriminación por VIH/SIDA en el sector salud	
	Secretaría de Salud			Normas de Atención Clínica del Adulto con VIH/SIDA		
2004	ONUSIDA	National AIDS programmes: a guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS prevention programs				
	OMS			Iniciativa Mundial de la OMS para dispensar tratamiento antiretrovíri co a tres millones de personas con VIH/SIDA en los países en vías de desarrollo para el final del 2005 3x5		
				Scaling-Up of Treatment within a Comprehen sive Response to HIV/AIDS		

ANO	EMISOR	PLANIFICACION (19)	PREVENCION (18)	ATENCION (7)	PROMOCION DDHH (6)	COORDINACION (6)
				Guía sobre Atención Integral de Personas que viven con la co-infección de TB/VIH en América Latina y el Caribe		
				Protecting young people from HIV and AIDS		
		Reproductive Health Strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets				
2005	ONUSIDA	Directrices para indicadores básicos				Los 3 Unos, dónde estamos y a dónde nos dirigimos
						The Global Task Team, a pathway to implement the "Three Ones" Opportunities for Scaling Up the Response to HIV at Country Level
		Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015				
	BANCO MUNDIAL	The World Bank's Global HIV/AIDS Program of Action				
	OPS/OMS			Normas de Atención en Consejería sobre		

ANO	EMISOR	PLANIFICACION (19)	PREVENCION (18)	ATENCION (7)	PROMOCION DDHH (6)	COORDINACION (6)
				VIH/SIDA		
	CONASIDA					Formulación de Lineamientos para una Política Pública en VIH/SIDA CONASIDA
2006	ONUSIDA	Componentes del Plan hacia el Acceso Universal para la prevención, tratamiento y atención del VIH 2006-2011	Report of the UNAIDS Technical Consultation on Social Change Communication		Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos	
			Transmitir el mensaje: los medios de comunicación y la respuesta al SIDA Intensificación de la prevención del VIH: documento de posición de política del ONUSIDA			
			Plan de Acción de ONUSIDA para la intensificación de la prevención 2006-2007			
	Secretaría de Salud (Banco Mundial)	Medición del Gasto en SIDA MEGAS 2006				
	Banco Mundial	Planning and Managing for HIV/AIDS Results A Handbook				
2007	OPS/OMS			La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento de Posición		

ANO	EMISOR	PLANIFICACION (19)	PREVENCION (18)	ATENCION (7)	PROMOCION DDHH (6)	COORDINACION (6)
				de la Organizaci ón Panameric ana de la Salud/Orga nización Mundial de la Salud OPS/OMS		
	Agencias del Sistema de Naciones Unidas					Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo UNDAF Honduras 2007-2011
	ONUSIDA		Implementing the UN learning strategy on HIV/AIDS: Sixteen case studies		Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida Recurso para las partes interesadas en la respuesta al VIH en los diferentes países	
			Practical guidelines for intensifying HIV prevention		VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos	
			UNAIDS Expert consultation on behavior change report			Mecanismo Nacional de Armonización y Concordancia (CHAT) Un mecanismo para abordar los desafíos de armonización y concordancia mediante la evaluación de los puntos fuertes y

ANO	EMISOR	PLANIFICACION (19)	PREVENCION (18)	ATENCION (7)	PROMOCION DDHH (6)	COORDINACION (6)
2008						la eficacia de las asociaciones en la respuesta nacional al sida
						Orientaciones terminológicas del ONUSIDA
		Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos para el Informe Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA 2008.				
	OMS	Strengthening the health sector response to care, support, treatment and prevention for young people living with HIV	Global Strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections STIs			
	BANCO MUNDIAL	Building on Evidence: A Situational Analysis of the HIV Epidemic and Policy Response in Honduras 2008				
	Secretaría de Salud	Plan Monitoreo y Evaluación Departamento ITS/VIH/SIDA				

ANEXO E. ESTRATEGIAS DE LOS PENSIDA, II PENSIDA Y III PENSIDA

PENSIDA	II PENSIDA	III PENSIDA
1. Reducción de la Transmisión Sexual 2. Reducción de la Transmisión Sanguínea del VIH 3. Reducción de la Transmisión Perinatal del VIH y otras ETS	1. Fortalecimiento y sistematización de los abordajes de IEC en ITS/VIH/SIDA como parte del marco de la política sectorial de promoción de la salud para la adopción de comportamientos saludables. 2. Propiciar espacios y entornos favorables a la población de niños(as), los y las adolescentes, para la utilización de su tiempo libre, que faciliten estilos de vida saludables. 3. Mercadeo social del condón. 4. Fortalecimiento de la iniciativa del Municipio por la Salud. 5. Fortalecimiento de los servicios de apoyo psicosocial y consejería. 6. Promoción de la auditoría social en el marco jurídico contra la violencia de género. 7. Desarrollo del recurso humano, infraestructura y normatización de las Unidades de Salud Sexual y Reproductiva (USASER). 8. Incorporación y desarrollo de la temática de salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, en el sistema educativo. 9. Incorporar a las organizaciones de la sociedad civil organizada en la promoción de la salud sexual y reproductiva.	1. Acceso universal a servicios de prevención de VIH e ITS 2. Programas de abordaje integral para personas en condiciones de mayor vulnerabilidad 3. Estrategias de Información, Educación y Comunicación IEC diferenciadas por población 4. Programa de prevención en VIH e ITS en el marco de la SSR 5. Estrategias de IEC en el sector público, privado, ONGs, comunidad y otros 6. Programa de acceso a pruebas de VIH con consejería 7. Política Nacional de Educación orientada a la promoción de la salud para la prevención del VIH 8. Currículo Nacional Básico con contenidos de VIH 9. Programa de Salud Sexual y Reproductiva para la prevención del VIH en el sistema educativo formal y no-formal en el lugar de trabajo y otros 10. Acceso universal a la educación y la promoción de la salud sexual, para la prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual, con abordaje integral 11. Estrategia de promoción y acceso a condones 12. Programa nacional de prevención de las adicciones y farmacodependencia 13. Programa Prevención de la Transmisión del VIH sífilis de madre a hijo(a) 14. Coordinación de programas y proyectos de salud dirigida a la población en edad fértil 15. Programa de Atención

PENSIDA	II PENSIDA	III PENSIDA
		<p>Integral a la Mujer</p> <p>16. Estrategia de promoción de los servicios de profilaxis postexposición y bioseguridad</p> <p>17. Programa de ITS</p> <p>18. Programa de Atención Integral al Hombre</p> <p>19. Programa de Atención Integral a la Mujer</p> <p>20. Acceso universal a la atención integral a personas con VIH en la Estrategia paso a paso por niveles de atención</p> <p>21. Programa Nacional de Sangre</p>
<p>1. Mejoramiento permanente del acceso a la atención médica y psicosocial de las personas infectadas por el VIH y otras ETS, así como de la calidad de las mismas</p> <p>Fortalecimiento de las iniciativas de autoayuda de las comunidades afectadas y de la solidaridad hacia las mismas</p> <p>2. Promoción y defensa de los derechos humanos de las personas y comunidades afectadas por la epidemia</p>	<p>1. Coordinación intra e intersectorial para mejorar la calidad de vida de las PVVS.</p> <p>2. Fortalecer iniciativas de autosostenibilidad de proyectos de atención integral comunitaria con la participación de los grupos de autoapoyo de PVVS</p> <p>3. Sensibilización, capacitación integral y fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios involucrados en la atención integral.</p> <p>4. Fortalecimiento de la adherencia al tratamiento antirretroviral</p> <p>5. Fortalecer la red de laboratorios para facilitar el acceso de pruebas voluntarias de ITS/VIH/SIDA.</p> <p>6. Ampliar la estrategia de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo(a).</p> <p>7. Implementación del plan de eliminación de la sífilis congénita.</p> <p>8. Fortalecer la aplicación de las medidas universales de bioseguridad.</p> <p>9. Fortalecer el programa nacional de sangre segura.</p> <p>10. Promoción del acceso universal a pruebas diagnósticas</p>	<p>1. Acceso Universal a la Atención integral basado en la estrategia paso a paso por niveles de atención</p> <p>2. Programa de atención integral al adolescente</p> <p>Programa de prevención de la transmisión madre a hijo(a)</p> <p>3. Mecanismos de adquisición de medicamentos e insumos</p> <p>4. Comisión de logística de medicamentos</p> <p>5. Estrategia de sensibilidad para personal de salud</p> <p>6. Programa nacional de garantía de calidad</p> <p>7. Programa permanente de educación en VIH entre la UNAH y la SS</p> <p>8. Programa Nacional de ITS</p> <p>9. Plan Nacional de erradicación de la Sífilis Congénita</p> <p>10. Programa Nacional de Tuberculosis</p> <p>11. Laboratorio Central</p> <p>12. Programa de Salud Mental</p> <p>13. Normas de Atención Integral para personas con VIH /SIDA relacionadas a la adherencia</p> <p>14. Programas y proyectos para el fortalecimiento de grupos de autoapoyo</p> <p>15. Guía de cuidado y autocuidado para PVH y</p>

PENSIDA	II PENSIDA	III PENSIDA
		<p>sus familias</p> <p>16. Programas y proyectos desarrollados desde la sociedad civil</p> <p>17. Normas de atención integral para PVIH</p> <p>18. Implementación del sistema nacional de vigilancia de la resistencia a los ARV</p> <p>19. Normas mundiales de vigilancia de la resistencia (OMS)</p> <p>20. Normas nacionales de Atención Integral</p>
<p>1. Apoyo político y técnico a las iniciativas de la sociedad civil frente al SIDA, y particularmente a aquellas que, originadas en agrupaciones de personas viviendo con VIH y en organizaciones de base comunitaria sin fines de lucro, busquen reducir el impacto social de la epidemia de SIDA</p> <p>2. Promoción de la solidaridad frente al costo social de la epidemia de VIH/SIDA y de la diversificación de recursos financieros necesarios para su control</p> <p>3. Organización y racionalización de la cooperación externa, que favorezca su orientación hacia aspectos prioritarios del control del SIDA</p> <p>4. Coordinación intrasectorial e intersectorial de las políticas y estrategias en torno al SIDA</p> <p>5. Generación de información necesaria para el monitoreo de la epidemia y la respuesta a la misma</p> <p>6. Establecimiento y continuidad de una estructura administrativa adecuada para enfrentar las ETS y el SIDA en el Sector Salud, que otorgue</p>	<p>1. Consolidar el funcionamiento de CONASIDA.</p> <p>2. Fortalecer la coordinación intersectorial y social en el abordaje de la problemática ITS/VIH/SIDA a través del Foro Nacional de SIDA, Alianzas Estratégicas, ONG's, y Cooperación Externa.</p> <p>3. Incorporar a instituciones y grupos de la sociedad civil para desarrollar acciones de capacitación y sensibilización sobre políticas de equidad de género.</p> <p>4. Incorporar a grupos de autoapoyo y a las organizaciones de la sociedad civil para desarrollar proyectos de VIH/SIDA, apoyados por el FONASIDA.</p>	<p>1. Abogacía, consenso y gestión de la política pública de VIH por parte de la CONASIDA</p> <p>2. Aplicación de la Iniciativa de los "Tres Unos"</p> <p>3. Plan de incidencia política para el fortalecimiento de la CONASIDA</p> <p>4. Plan de desarrollo gerencial, organizacional y de fortalecimiento institucional</p> <p>5. Roles y responsabilidades de los medios de comunicación en el marco de la Ley Especial de VIH</p> <p>6. Ejercicios de auditoría social y rendición de cuentas con participación ciudadana</p> <p>7. Programa de desarrollo de capacidades institucionales</p>

PENSIDA	II PENSIDA	III PENSIDA
roles normativos al nivel central; gerenciales a los niveles regionales; y ejecutores a las unidades productoras de servicios (UPS)		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción del proceso de reglamentación y aplicabilidad de la Ley Especial de VIH/SIDA, el conocimiento y aprobación de la misma y otras leyes, reglamentos y políticas afines. 2. Fortalecimiento de las instancias sociales para la promoción y defensa de los deberes y derechos humanos de las personas en todo su ciclo de vida. 3. Propiciar y coordinar la formulación, implementación y evaluación continua de mecanismos efectivos de vigilancia, denuncia y seguimiento a las violaciones de los derechos humanos de las PVVS, desde las instancias estatales/gubernamentales y de la sociedad civil. 4. Propiciar el conocimiento y uso de las instancias y mecanismos de aplicación y cumplimiento de las leyes que garantizan los derechos humanos fundamentales de las personas. 5. Realizar auditorías sociales para velar por el cumplimiento de la ley y el respeto de los DDHH en VIH/SIDA. 	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la investigación científica de las ITS/VIH/SIDA dirigida a hombres y mujeres en todos los campos necesarios para fortalecer la respuesta nacional. 2. Integrar la vigilancia de ITS/VIH/SIDA en el marco de las unidades de análisis y vigilancia epidemiológica al nivel local y regional mejorando la capacidad de análisis y respuesta. 3. Ampliar la conformación de alianzas estratégica para el desarrollo de la investigación en las ITS/VIH/SIDA. 4. Sistematizar y difundir la información obtenida en investigaciones realizadas en los 	

PENSIDA	II PENSIDA	III PENSIDA
	<p>diferentes campos de intervención.</p> <p>5. Gestionar y captar recursos para el desarrollo de la investigación en ITS/VIH/SIDA.</p> <p>6. Reforzar la aplicación del marco legal y normas éticas de la investigación en VIH/SIDA.</p> <p>7. Coordinación Interinstitucional.</p>	

ANEXO F. COMPARACION DE OBJETIVOS DE LOS PENSIDA, II PENSIDA Y III PENSIDA

PENSIDA	II PENSIDA	III PENSIDA
Disminución de la transmisión del VIH Y otras ETS	<p>Fortalecer el desarrollo del proceso de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva que integre el enfoque de vulnerabilidad a la epidemia de ITS/VIH/SIDA con los elementos de sexualidad, género/masculinidad, reproducción humana y derechos sexuales y reproductivos, dirigido al cambio de comportamiento y a la promoción de conductas saludables. Facilitar el acceso y la disponibilidad del condón a la población.</p> <p>Fortalecer la estructura de los gobiernos locales para la promoción de la salud sexual y reproductiva.</p> <p>Fortalecer la red de consejería en los diferentes niveles de atención para mejorar la calidad, calidez, eficiencia y eficacia de los servicios.</p> <p>Contribuir a la reducción de la violencia de género. - Fortalecer el funcionamiento de las Unidades de Salud Sexual y Reproductiva en aspectos fundamentales de los derechos sexuales, reproductivos, género y sexualidad.</p> <p>Facilitar el acceso y disponibilidad de las pruebas diagnósticas para VIH/SIDA a toda la población.</p> <p>Implementar y sistematizar contenidos curriculares de salud sexual y reproductiva con enfoque de equidad de género, en el sistema de educación formal y no formal.</p> <p>Fortalecer las organizaciones de base de la sociedad civil y grupos de la población, especialmente los más vulnerables ante la epidemia para su incorporación en la promoción de la salud sexual y reproductiva con enfoque de género.</p>	<p>“Garantizar el goce y disfrute de los derechos humanos de las personas infectadas y afectadas, con la debida corresponsabilidad en el cumplimiento de deberes, bajo un concepto de seguridad humana integral; dando respuesta Estatal progresiva en el marco de los tratados y convenios nacionales e internacionales suscritos y ratificados por el Estado hondureño.</p> <p>Facilitar los procesos de coordinación, concertación y armonización de acciones, políticas y de movilización de recursos entre las diferentes instancias del Estado, que generen consensos; así como la promoción y homologación en el ordenamiento jurídico nacional coherente con los lineamientos de la política pública en VIH y SIDA</p>
Reducción del impacto social de la infección por VIH	<p>Promover e implementar la atención integral sostenible en VIH/SIDA, en los servicios públicos, privados y comunitarios para mejorar la calidad de vida de las PVVS y población de hombres y mujeres en todo su ciclo de vida.</p> <p>Promover el desarrollo, formación y capacitación de los recursos humanos</p>	<p>Desarrollar capacidades de promoción y prevención en el marco de los derechos humanos a través de la educación sexual y de medidas específicas para la adopción de prácticas sexuales seguras, Cumplimiento de medidas de bioseguridad, prevención de la transmisión materna-infantil del VIH y</p>

PENSIDA	II PENSIDA	III PENSIDA
	<p>públicos, privados y comunitarios, en materia de atención integral.</p> <p>Implementar y fortalecer la infraestructura y logística de la red de servicios de salud de las ITS/VIH/SIDA.</p> <p>Fortalecer las iniciativas de prevención de la transmisión de las ITS/VIH/SIDA en la red de servicios de atención.</p> <p>Facilitar el acceso y disponibilidad de las pruebas diagnósticas de VIH/SIDA a toda la población.</p>	<p>la sífilis</p> <p>Detección y tratamiento oportuno de las infecciones de transmisión sexual y estándares óptimos de sangre segura</p> <p>Promoción del uso correcto y consistente del condón, uso de jeringas estériles, para la prevención del VIH, que integre las diferentes instituciones y organizaciones desde el ámbito municipal hasta el nivel nacional.</p>
<p>Coordinación y soporte de la respuesta nacional frente al SIDA</p>	<p>Identificar, revisar y consensuar los roles y procedimientos para el funcionamiento efectivo de una coordinación nacional sobre VIH/SIDA, al nivel de estructuras nacionales, foros, ONGs y cooperación externa.</p> <p>Establecer la coordinación entre la CONASIDA, FONAC y el Gabinete Social para ampliar el tema de VIH/SIDA, en la Estrategia de Reducción de la Pobreza y políticas sociales diseñadas.</p> <p>Incorporar políticas de equidad de género en los mandatos de la CONASIDA.</p> <p>Promover la organización y participación comunitaria que asegure una respuesta eficaz y oportuna hacia los grupos más vulnerables y en condiciones de pobreza extrema (niveles de exclusión.).</p> <p>Promover los mecanismos de coordinación multisectorial.</p> <p>Promover el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de las PVVS y otros grupos específicos afectados por la epidemia.</p>	<p>Mejorar el acceso a los servicios de atención integral destinada a optimizar las condiciones generales y la calidad de vida de las personas con VIH, previniendo la rápida progresión de la enfermedad y el deterioro de las condiciones físicas, mentales y emocionales.</p> <p>Fortalecer el desarrollo de la coordinación inter programática e intersectorial entre los diferentes actores del sector salud que brindan servicios de atención a las personas con VIH y Sida, para asegurar atención integral de calidad con calidez.”⁵⁸⁵</p>
	<p>Concluir los procesos jurídicos pendientes sobre VIH/SIDA. (Reglamento de la Ley Especial del VIH/SIDA, Ley Orgánica de CONASIDA y su Reglamento; y el Reglamento de Investigación y Ética.)</p> <p>Propiciar el conocimiento y socialización del ordenamiento jurídico nacional en VIH/SIDA y DDHH.</p> <p>Promover la homologación del ordenamiento Jurídico Nacional vigente.</p>	

⁵⁸⁵ . República de Honduras (2007) *III Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y SIDA 2008-2012*. CONASIDA Tegucigalpa pp. 51-69.

PENSIDA	II PENSIDA	III PENSIDA
	<p>Fortalecer los mecanismos de vigilancia, denuncia y seguimiento a las violaciones de los DDHH y al cumplimiento de los deberes de las personas, contemplados en la Ley Especial del VIH/SIDA.</p> <p>Fortalecer y socializar los mecanismos de canalización, registro de recepción y trámite de las quejas sobre violaciones en materia de los Derechos Humanos.</p> <p>Fortalecer la capacidad de la sociedad civil en el uso oportuno de mecanismos creados para la vigilancia, denuncia y seguimiento de violaciones a los DDHH en VIH/SIDA.</p>	
	<p>Desarrollar la investigación científica de las ITS/VIH/SIDA, en el campo biomédico, epidemiológico, social, económico, cultural, antropológico y tecnológico al nivel local, regional y nacional, con enfoque de género.</p> <p>Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA, pasiva y de segunda generación.</p> <p>Fortalecer la coordinación entre los sectores gubernamentales, ONGs, e instituciones académicas y formadoras de recursos para la promoción de la investigación de intervenciones, en el abordaje, prevención y atención integral de las ITS/VIH/SIDA, con enfoque de género.</p> <p>Fortalecer la capacidad nacional de gestión de los recursos humanos, financieros y de infraestructura para el desarrollo de la investigación.</p> <p>Promover la creación y fortalecimiento de los organismos que regulen y vigilen la aplicación de normas y principios éticos en los procesos de investigación científica en ITS/VIH/SIDA.</p>	

ANEXO G. COMPARACION DE METAS ESTRATEGICAS DEL PENSIDA II Y PENSIDA III

PENSIDA II	PENSIDA III
A.1. Por lo menos el 50% de la población reporta el uso del condón e la última relación sexual	A.1. Incrementar en un 40%, en relación a la línea de base, la cantidad de personas que tienen conocimiento adecuados relacionados con la transmisión y la prevención del VIH en los diferentes grupos de población
A.15. Incrementar en 25% el uso del condón en poblaciones específicas.	A.2. Aumentar la edad mediana de la primera relación sexual en hombres a más de 16.7 años y en mujeres a más de 18.2 años RESULTADO DE ENDESA
A.16. Por lo menos 30% de municipios saludables con programas de acción SIDA funcionando	A.3. Aumentar en, al menos el 5% la población de 15 a 24 años que refiere el uso del condón en la última relación sexual
B.2. 80% de las unidades de atención de salud de la SSH brindando servicios de atención integral.	A.4. Aumentar en al menos un 10%, de acuerdo a la línea base, el uso consistente del condón en población de más vulnerabilidad ECVC
B.3. 100% de las PVVS recibiendo atención integral.	A.5. Aumentar a 70%, de acuerdo a la línea de base, el uso de equipo de inyección estéril en usuarios de drogas inyectables
B.4. 100% de las embarazadas seropositivas recibiendo atención integral	A.6. Incrementar en un 50% de acuerdo a la línea de base, los centros educativos que imparten educación en salud sexual y reproductiva para la prevención de ITS y VIH
B.5. 100% de las embarazadas VIH positivas que cumplen criterios de inclusión en el Programa de Transmisión Vertical, recibiendo tratamiento.	A.7. Aumentar al 90% el acceso al tratamiento profiláctico post-exposición en los casos registrados, según normas en servicios de salud
B.9. Detectado y diagnosticado al menos el 90% de los casos potenciales de VIH/SIDA.	A.8. Aumentar a 50% la población de 15-49 años que se hace la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conoce el resultado
B.10. Investigados el 100% de los pacientes sintomáticos que acceden a los servicios de salud.	A.9. Aumentar a 90% la población en condiciones de mayor vulnerabilidad que se hace la prueba de VIH de forma voluntaria, con consejería, en los últimos 12 meses y conoce el resultado ECVC ¿?
B11. El 100% de las PVVS que cumplen con los criterios de inclusión establecidos en la guía de manejo terapéutico de atención reciben Terapia Antirretroviral (TAR).	A.10. Aumentar en un 25% el porcentaje de población general y población vulnerable que conocen las medidas de prevención y formas de transmisión del VIH de madre a hijo(a) ECVC
B.12. El 90% de las PVVS iniciados con tratamiento antirretroviral anualmente se mantienen adheridos a la terapia.	B.12. Aumentar de 60% a 80% la atención integral para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo(a) AQUÍ SI EXISTE LINEA BASE POR REPORTE DE LOS SERVICIOS
B.13. El 100% de las ONGs que trabajan con el VIH/SIDA conocen el protocolo de atención integral.	B.13. Aumentar al 100% el acceso a tratamiento profiláctico para reducir el riesgo de tuberculosis en personas con VIH AQUÍ SI EXISTE LINEA BASE POR REPORTE DE LOS SERVICIOS

PENSIDA II	PENSIDA III
B.14. El 100% de los beneficiarios de los proyectos de VIH/SIDA conocen el protocolo de atención integral	B.14. Aumentar al 100% el acceso a servicios de consejería y pruebas voluntarias en VIH para las personas con tuberculosis
B.19. 100% de los servicios de salud de los municipios con seroprevalencias mayores de 100 por 100,000 habitantes contarán con un consejero(a) y un voluntario de salud brindando atención integral comunitaria y seguimiento.	B.15. Aumentar de 48% a 93%, la cobertura nacional de personas que requieren servicios de atención integral y TARGA (adultos, niños, diferenciados por sexo) BASE POR REPORTE DE LOS SERVICIOS
20. 100% de consejeros capacitados, brindando atención con calidad, calidez, eficacia y eficiencia.	B.16. Aumentar a 100% el acceso a TARGA para las personas con VIH que demanden servicios y reúnan los criterios de inclusión BASE POR REPORTE DE SERVICIOS
C.23. Proyecto Nacional para la generación de ingresos de las PVVS funcionando	B.17. Aumentar al 95% la adherencia a TARGA en las personas con VIH REPORTE SERVICIOS
C.24. Al menos 50,000 personas incluyendo PVVS y sus familiares, recibiendo atención alimentaria y nutricional.	B.19. Aumentar de 32% a 90%, los servicios de atención integral con capacidad de atención a niños/niñas y adolescentes con VIH
D.18. 80% del personal de los servicios de salud de la SSH, IHSS, ONGs, INAM, IHNFA, Secretaría de Educación y Fiscalía capacitado sobre el contenido de la Ley Especial del VIH/SIDA y sus implicaciones.	D.18. Eliminar actitudes de estigma y discriminación hacia las personas con VIH que demandan los servicios de salud
D.25. Estrategia Nacional para la reducción del estigma y discriminación diseñada e implementada.	D.23. Establecer un método de auditoría social y rendición de cuentas en VIH y SIDA por organizaciones de sociedad civil
E.21. Al menos 50 capítulos del FONASIDA organizados y funcionando	E.22. Aumentar el gasto nacional e internacional relativo al VIH y SIDA por categoría y fuente de financiación, tomando como base la medición del gasto en SIDA 2006
E.6. 100% de áreas de salud con al menos un centro que brinde atención integral según criterios dados	F.21. Mantener en al menos 90% el índice compuesto de política nacional en VIH y SIDA
E.7. 80% del personal de la SSH capacitados en atención integral del VIH/SIDA.	F.20. Institucionalizar la política pública en VIH, con enfoque de Derechos Humanos, con equidad de género (incluyendo violencia, pobreza e inseguridad humana)
E.8. 100% de instituciones públicas y 50% privadas capacitadas y aplicando las normas de bioseguridad	
E.17. 7% del gasto municipal destinado al Programa de Municipios por la Salud..	

**ANEXO H. CARACTERISTICAS DE LOS PROYECTOS
ANALIZADOS DE COOPERACION EN VIH Y SIDA EN HONDURAS
1995-2008**

PROYECTO	COOPERANTE	PERIODO	MONTO DEL PROYECTO	PRINCIPALES ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS	CONTRIBUCIONES CONCRETAS REPORTADAS
<i>Proyecto de Control y Prevención del SIDA AIDSCAP</i>	Family Health International United States Agency for International Development USAID	1994–1997	\$2, 500,000.00	<ul style="list-style-type: none"> - Minimizar las conductas de riesgo a través de comunicación para el cambio de comportamiento - Mejoramiento del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual - Incrementar el acceso a y el uso de condones 	<ul style="list-style-type: none"> - Reporte de incremento de uso de condón en las poblaciones atendidas - Diseminación de información sobre comportamiento sexual responsable - Fortalecimiento de capacidades técnicas y administrativas de ONGs de VIH
<i>Proyecto Acción SIDA en Centroamérica PASCA</i>	The Futures Group United States Agency For International Development USAID	1998–2003	Desconocido	<p>Trabajo conjunto entre líderes de los sectores público y privado, alrededor de temas clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> Poblaciones móviles Legislación Mejoramiento de los sistemas de información Mensajes para los hombres Mensajes para adolescentes Acceso a la atención y al tratamiento Fortalecimiento de líderes PVIH, redes de PVIH y ONGs a través de una variedad de programas, de construcción de capacidades, intercambio de 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de la estrategia “<i>Acción SIDA</i>”, de planificación comunitaria - Medición y mejoramiento del cambio político a través de la abogacía en el tema de VIH - Estudio Multicéntrico con TS y HSH, componentes cuantitativo y cualitativo 2001 - Programas de prevención de VIH en el lugar de trabajo

PROYECTO	COOPERANTE	PERIODO	MONTO DEL PROYECTO	PRINCIPALES ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS	CONTRIBUCIONES CONCRETAS REPORTADAS
				información, distribución de manuales sobre planificación estratégica, cambio de comportamiento, monitoreo y evaluación, y programa de pequeños financiamientos.	
<i>Comunicando Cambio para la Vida COMCAVI</i>	Academia para la Educacion y el Desarrollo AED United States Agency for International Development USAID	2002-2004 2005-2008	\$ 7,400,000.00	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar financiamiento y asistencia técnica a organizaciones no gubernamentales locales para implementar programas de prevención de VIH/SIDA - Apoyo a las poblaciones de mayor riesgo, incluyendo Hombres que tienen sexo con hombres HSH, Trabajadoras Sexuales TS, Garífunas, y PVIH, a través de actividades de prevención y réplica de intervenciones conductuales efectivas conducidas por las ONGs financiadas, para reducir las brechas de servicios. - Capacitación en servicio; apoyo para la implementación del uso de pruebas rápidas voluntarias y 	<ul style="list-style-type: none"> - Las ONGs beneficiarias han ganado significativa experiencia para el abordaje efectivo de poblaciones identificadas como en alto riesgo. - No obstante, no parece evidente que les hayan proporcionado los conocimientos y habilidades necesarias para procurar fondos de otras fuentes, preparar propuestas, presupuestos y matrices de planificación; así como para construir alianzas con otras entidades, todo lo que es necesario al terminar el proyecto para su sostenibilidad. - Se identificaron cambios de comportamiento en las poblaciones atendidas; no se puede asegurar que los cambios en el comportamiento de las poblaciones atendidas sean sostenibles en el tiempo

PROYECTO	COOPERANTE	PERIODO	MONTO DEL PROYECTO	PRINCIPALES ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS	CONTRIBUCIONES CONCRETAS REPORTADAS
				<p>consejería; desarrollo y distribución de herramientas relacionadas con información, educación y comunicación, comunicación para el cambio de comportamiento ; monitoreo y evaluación; y creación de oportunidades y mecanismos para compartir las lecciones aprendidas, materiales y mejores prácticas</p>	
<p><i>Fortalecimiento Nacional para la protección y promoción de la salud en VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria en Honduras</i></p>	<p>Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD / Mecanismo Coordinador de País MCP</p> <p>Fondo Global Para la Lucha Contra la Tuberculosis, Sida y Malaria FG</p>	2003-2008	\$27,116,706.32	<p>Contribuir a la reducción de la incidencia del VIH en 25% en cinco años, en aquellos grupos de poblaciones hondureñas que son más vulnerables a la enfermedad, y proporcionar atención integral a las PVIH.</p> <p>Desarrollar estructuras y organizaciones en los lugares que permitan promover y defender los derechos humanos de las PVIH y de los grupos que son más vulnerables al VIH/SIDA</p>	<p>- <i>Modelo de abordaje de la problemática de VIH/SIDA</i>, con modelos de gestión descentralizados con protagonismo de las poblaciones meta.</p> <p>- <i>Prestadores de servicio</i>: Desarrollo de servicios con equipos multidisciplinarios, con conocimientos y trato humanizado, aunque prevaleciendo una visión bio-médica, a veces estigmatizante de la epidemia.</p> <p>- <i>Se ha desarrollado un modelo de atención</i> basado en la propuesta de la OPS “Atención a Personas VIH Paso a Paso por Escenarios y Niveles”. Se ha mejorado en forma</p>

PROYECTO	COOPERANTE	PERIODO	MONTO DEL PROYECTO	PRINCIPALES ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS	CONTRIBUCIONES CONCRETAS REPORTADAS
				<p>Disminuir las conductas de alto riesgo en aquellos grupos que son más vulnerables al VIH/SIDA</p> <p>Disminuir en 50% la tasa de mortalidad y el número de hospitalizaciones debidas al VIH/SIDA</p>	<p>notable la atención integral, el seguimiento de laboratorio, y la atención clínica del recurso humano. Sin embargo, el modelo no explota la base comunitaria y no se ha logrado la inclusión significativa de los gobiernos locales en la respuesta.</p> <p><i>Modelos preventivos diferenciados</i>, para HSH, TS, garífunas y PPL, que necesitan ser evaluados en su efectividad. -</p> <p><i>Dotación de infraestructura y equipamiento</i>: Ha sido el proyecto que más ha fortalecido el sistema de salud apoyando en equipamiento e infraestructura, incluyendo laboratorios de los centros de atención para los PVIH CAI.</p> <p><i>Suministros</i>: medicamentos y suministros de pruebas de laboratorios y de reactivos, el FM ha venido a marcar una diferencia importante. El proyecto asignó fondos para reactivos diagnósticos y de seguimiento a la respuesta terapéutica, medicamentos TARV e IO, exámenes especiales. Sin embargo, estos fondos no cubren las</p>

PROYECTO	COOPERANTE	PERIODO	MONTO DEL PROYECTO	PRINCIPALES ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS	CONTRIBUCIONES CONCRETAS REPORTADAS
					necesidades reales incluso con la contraparte asignada por el Estado. - <i>Cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en grupos meta:</i> - <i>Cambios en la incidencia/prevalencia de ITS/VIH en grupos meta:</i>
<i>Programa Global de SIDA GAP Oficina Regional de Centroamérica CAP</i>	Centers for Disease Control CDC / Global Aids Program GAP United States Government	2005-fecha	Desconocido	Proporcionar asistencia técnica clave a todos los países de la región para ayudarlos a mejorar sus capacidades en la implementación y evaluación de programas de vigilancia, ejerciendo especial énfasis en la vigilancia de segunda generación, con el propósito de construir una capacidad nacional con miras hacia una sostenibilidad a largo plazo.	- Elaboración de Plan de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de SIDA - Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual y prevalencia de las ITS en poblaciones vulnerables: PVIH, Garífunas, TS, HSH 2008 - Perfil de VIH/SIDA en Honduras 2007 Asistencia en el desarrollo del Plan Estratégico Nacional de Honduras de Vigilancia Epidemiológica para mejorar la planificación e implementación de actividades de vigilancia para VIH/SIDA - Capacitación para el personal de salud del país en Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación y Utilización de Pruebas Rápidas para VIH. - Fortalecimiento de la capacidad del Laboratorio Nacional en coordinación con el Proyecto de

PROYECTO	COOPERANTE	PERIODO	MONTO DEL PROYECTO	PRINCIPALES ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS	CONTRIBUCIONES CONCRETAS REPORTADAS
					<p>VIH/SIDA del Banco Mundial para aumentar la capacidad regional y mejorar las capacidades del laboratorio para recolectar y analizar datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación al personal, y evaluación de los algoritmos de diagnostico utilizados en el país.

ANEXO I. COMPARACION DE LA MEDICION DEL GASTO EN SIDA AÑOS 2000 Y 2006

AÑO DE LA MEDICION DEL GASTO EN SIDA	PROCEDENCIA Y PORCENTAJE DEL FINANCIAMIENTO 2000			
	SECTOR PUBLICO	HOGARES	ONGS PRIVADAS	COOPERACION EXTERNA
AÑO 2000	26%	55%	9%	10%
AÑO 2006 (332.3 millones de Lempiras) (Cambio a L. 19.02 Lempiras x US\$)	24%	16%	2%	58%

OBJETO DE GASTO	METODOLOGIA BID 2000	METODOLOGIA BM 2006
Gasto Per cápita en SIDA en US \$	US \$ 3.22	US \$ 5.49 PP
Gasto en Actividades de Salud Pública y Prevención como porcentaje del Gasto Nacional en VIH/SIDA	26%	50.3%
Gasto en Hospitalización como porcentaje del Gasto en Atención, incluyendo gasto en ARV	52%	26.4%

**ANEXO J. COMPARACION DE INDICADORES SOLICITADOS Y
PRESENTADOS POR HONDURAS EN LA EVALUACION DE LA
RESPUESTA DE PAIS PARA LOS INFORMES UNGASS EN AÑOS
2003, 2005 Y 2008**

*Los indicadores conservan la numeración original en las guías y se han ubicado
para facilitar la lectura comparativa entre los años presentados

SOLICITADO UNGASS 2003* 13 (INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS)	PRESENTADO HONDURAS 2003 10/12=83%	SOLICITADO UNGASS 2005* (24 INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS) (23)	PRESENTADO HONDURAS 2005 11/23 =48%	SOLICITADO UNGASS 2008* (25)	PRESENTADO HONDURAS 2008 17/20=85%
1. Cuantía de los fondos nacionales destinados al VIH/SIDA por los gobiernos (Millones de dólares)	US \$ 6,200,000.00	1. Cantidad de fondos nacionales otorgados por los gobiernos de países de ingresos bajos y medianos	US \$ 6,214,056.00	1 Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuente de financiación	US \$ 17,485.57
2. Índice Compuesto de Política Nacional	85%	2. Índice Compuesto de Política Nacional Áreas cubiertas: prevención, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, vigilancia y evaluación Grupos objetivo: personas que viven con el VIH/SIDA, mujeres, jóvenes, huérfanos y las poblaciones más expuestas	89.58%	2. Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN) [Estado de desarrollo y aplicación de políticas y estrategias a nivel nacional en materia de VIH y sida. Áreas cubiertas: plan estratégico; apoyo político; prevención; tratamiento, atención y apoyo; derechos humanos; estigma y discriminación; participación de	46.25% (Porcentaje promedio, tomando solamente los indicadores numéricos)

SOLICITADO UNGASS 2003* 13 (INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS)	PRESENTADO HONDURAS 2003 10/12=83%	SOLICITADO UNGASS 2005* (24 INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS) (23)	PRESENTADO HONDURAS 2005 11/23 =48%	SOLICITADO UNGASS 2008* (25)	PRESENTADO HONDURAS 2008 17/20=85%
				la sociedad civil; género, poblaciones más expuestas, vigilancia y evaluación]	
1. Porcentaje de las escuelas con maestros que han recibido capacitación en educación sobre el VIH/SIDA basada en aptitudes para la vida y que impartieron esa enseñanza durante el último curso académico	2.3%	3. Porcentaje de escuelas con maestros capacitados para impartir educación sobre el VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida que impartieron esa enseñanza durante el último curso académico	15.32%	INDICADOR ELIMINADO	
2. Porcentaje de las empresas importantes que tienen políticas y programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo	0.5%	4. Porcentaje de grandes empresas que tienen establecidas políticas o programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo	SIN DATOS ⁵⁸⁶	INDICADOR ELIMINADO	
3. Porcentaje de los pacientes con ITS en establecimiento s de salud a los que se ha hecho un diagnóstico apropiado y han recibido tratamiento y	SIN DATOS	5. Porcentaje de varones y mujeres con ITS en establecimientos de salud que han recibido un diagnóstico, tratamiento y asesoramiento apropiados	80.20%	INDICADOR ELIMINADO	

⁵⁸⁶ SIN DATOS: Significa que el indicador se presentó en la plantilla del informe, pero no se consignaron los datos solicitados

SOLICITADO UNGASS 2003* 13 (INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS)	PRESENTADO HONDURAS 2003 10/12=83%	SOLICITADO UNGASS 2005* (24 INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS) (23)	PRESENTADO HONDURAS 2005 11/23 =48%	SOLICITADO UNGASS 2008* (25)	PRESENTADO HONDURAS 2008 17/20=85%
asesoramiento oportunos					
4. Porcentaje de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH que han recibido un tratamiento preventivo completo con antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil	2%	6. Porcentaje de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que han recibido un ciclo de profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil	3.37%	5. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibió medicamentos Anti-retrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil	21%
5. Porcentaje de las personas con infección por el VIH avanzada que reciben terapia antirretrovírica de combinación	4%	7. Porcentaje de varones y mujeres con infección por el VIH avanzada que reciben terapia antirretrovírica de combinación	36.45%	4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH en etapa avanzada que recibe terapia antirretrovírica [desglosado por sexo (mujer, varón) y edad (< 15, 15+)]	2006 – 48% 2007 – 56%
6. Porcentaje de los consumidores de drogas intravenosas que han adoptado comportamientos que reducen el riesgo de transmisión del VIH* NO APLICA PARA HONDURAS	NO APLICA ⁵⁸⁷	8. Porcentaje de CDI que han adoptado comportamientos que reducen la transmisión del VIH, por ej., que evitan compartir material de inyección y utilizan preservativos, en el último mes (para países en que el uso de drogas	NO APLICA	20. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber Usado un preservativo durante su última relación sexual [desglosado por sexo (mujer, varón) y edad (< 25, 25+)]	NO APLICA NO APLICA

⁵⁸⁷ NO APLICA: significa que el país no cuenta con ese tipo de problema y no tiene que reportarlo

SOLICITADO UNGASS 2003* 13 (INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS)	PRESENTADO HONDURAS 2003 10/12=83%	SOLICITADO UNGASS 2005* (24 INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS) (23)	PRESENTADO HONDURAS 2005 11/23 =48%	SOLICITADO UNGASS 2008* (25)	PRESENTADO HONDURAS 2008 17/20=85%
		intravenosas es la vía de transmisión del VIH) EPIDEMIA CONCENTRADA NO APLICA PARA HONDURAS		21. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó [desglosado por sexo (mujer, varón) y edad (< 25, 25+)]	
7. Porcentaje de los jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente métodos para prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus** (Metas: 90% para 2005; 95% para 2010) ODM	70%	10. ** Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre su transmisión (Metas: el 90% para 2005, y el 95% para 2010) ODM	OMITIDO⁵⁸⁸	13. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus [desglosado por sexo (mujer, varón) y edad (15-19, 20-24)]	HOMBRES 37% MUJERES 89%
8. Porcentaje de los jóvenes de 15-24 años de edad que declaran utilizar preservativo en	49% HOMBRES 27% MUJERES	13. ** Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que declaran haber usado un	SIN DATOS	17. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una	HOMBRES 38% MUJERES 32%

⁵⁸⁸ OMITIDO: Significa que el país estaba en la responsabilidad de reportar los datos, pero los indicadores fueron excluidos de la plantilla del Informe

SOLICITADO UNGASS 2003* 13 (INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS)	PRESENTADO HONDURAS 2003 10/12=83%	SOLICITADO UNGASS 2005* (24 INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS) (23)	PRESENTADO HONDURAS 2005 11/23 =48%	SOLICITADO UNGASS 2008* (25)	PRESENTADO HONDURAS 2008 17/20=85%
las relaciones sexuales con una pareja sexual no habitual		preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una persona con la que no vivían ni estaban casados ODM		pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual [desglosado por sexo (mujer, varón) y edad (15-19, 20-24, 25-49)]	
9. Cociente de la asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad**	SIN DATOS	14. ** Cociente de la asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad ODM	SIN DATOS	12. Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad [desglosada por sexo (mujer, varón)]	SIN DATOS
1. Porcentaje de los jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH** (Metas: reducción del 25% en los países más afectados para 2005, y mundialmente para 2010) ODM IMPACTO	1.4%	15. **Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 de edad que están infectados por el VIH (Metas: reducción del 25% en los países más afectados para 2005; ODM reducción mundial del 25% para 2010) IMPACTO	SIN DATOS	22. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH [desglosado por edad (15-19, 20-24)]	0.6%
2. Porcentaje de los niños infectados por el VIH nacidos de madres infectadas por el VIH (Metas: reducción del 20% para 2005,	20.5%	17. Porcentaje de lactantes que nacieron con el VIH de madres infectadas (Meta: reducción del 20% para 2005, y del 50% para 2010) ODM	0.18 %	25. Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas	OMITIDO

SOLICITADO UNGASS 2003* 13 (INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS)	PRESENTADO HONDURAS 2003 10/12=83%	SOLICITADO UNGASS 2005* (24 INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS) (23)	PRESENTADO HONDURAS 2005 11/23 =48%	SOLICITADO UNGASS 2008* (25)	PRESENTADO HONDURAS 2008 17/20=85%
y del 50% para 2010) ODM IMPACTO		IMPACTO			
		8. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables cuyas familias recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	OMITIDO	10. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	SIN DATOS
		9. Porcentaje de unidades de sangre para transfusión que se analizan para la detección del VIH	OMITIDO	3. Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	46%
		11. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad	MUJERES 18.3 % VARONES 16.7 %	15. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años [desglosado por sexo (mujer, varón) y edad (15-19, 20-24)]	HOMBRES 19% MUJERES 11%
		12. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años que en los últimos 12 meses tuvieron relaciones sexuales con una persona con	HOMBRES: 48.98% MUJERES: 27.03%	16. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los	HOMBRES – 16% MUJERES – 0.6%

SOLICITADO UNGASS 2003* 13 (INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS)	PRESENTADO HONDURAS 2003 10/12=83%	SOLICITADO UNGASS 2005* (24 INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS) (23)	PRESENTADO HONDURAS 2005 11/23 =48%	SOLICITADO UNGASS 2008* (25)	PRESENTADO HONDURAS 2008 17/20=85%
		la que no vivían ni estaban casado		últimos 12 meses [desglosado por sexo (mujer, varón) y edad (15-19, 20-24, 25-49)]	
		16. Porcentaje de adultos y niños con el VIH con vida 12 meses después de haber comenzado la terapia antirretrovírica IMPACTO	OMITIDO	24. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica desglosado por sexo (mujer, varón) y edad (< 15, 15+)]	2006 – 92% 2007 – 91%
		3. Porcentaje (de poblaciones más expuestas) que se hizo el análisis del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados EPIDEMIA CONCENTRADA	OMITIDO	8. Porcentaje de poblaciones más expuestas (CDI, HSH, PS) que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados [desglosado por sexo (mujer, varón) y edad (< 25, 25+)]	GARIFUNAS – 6% HSH – 40% TS – 71%
		4. Porcentaje (de poblaciones más expuestas) que logran atender los programas de prevención EPIDEMIA CONCENTRADA	OMITIDO	9. Porcentaje de poblaciones más expuestas (CDI, HSH, PS) al que llegaron los programas de prevención del VIH	GARIFUNAS 58% TS - 23% HSH – 24% PPL – 87%

SOLICITADO UNGASS 2003* 13 (INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS)	PRESENTADO HONDURAS 2003 10/12=83%	SOLICITADO UNGASS 2005* (24 INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS) (23)	PRESENTADO HONDURAS 2005 11/23 =48%	SOLICITADO UNGASS 2008* (25)	PRESENTADO HONDURAS 2008 17/20=85%
				[desglosado por población más expuesta (CDI, HSH, PS), sexo (mujer, varón) y edad (< 25, 25+)]	
		5. Porcentaje (de población más expuesta) que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH EPIDEMIA CONCENTRADA	OMITIDO	14. Porcentaje de poblaciones más expuestas (CDI, HSH, PS) que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus [desglosado por sexo (mujer, varón) y edad (< 25, 25+)]	GARIFUNA 69% HSH – 20% TS – 21%
		6. Porcentaje de trabajadores sexuales femeninos y masculinos que declaran haber usado un preservativo con su cliente más reciente EPIDEMIA CONCENTRADA	95.51%	18. Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente [desglosado por sexo (mujer, varón) y edad (< 25, 25+)]	HSH 71% TS 66%
		7. Porcentaje de varones que declaran haber usado un	SIN DATOS	19. Porcentaje de varones que declara haber usado un	HSH 48 %

SOLICITADO UNGASS 2003* 13 (INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS)	PRESENTADO HONDURAS 2003 10/12=83%	SOLICITADO UNGASS 2005* (24 INCLUYE UDI QUE NO APLICA PARA HONDURAS) (23)	PRESENTADO HONDURAS 2005 11/23 =48%	SOLICITADO UNGASS 2008* (25)	PRESENTADO HONDURAS 2008 17/20=85%
		preservativo la última vez que tuvieron una relación sexual anal con una pareja masculina EPIDEMIA CONCENTRADA		preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina [desglosado por edad (< 25, 25+)]	
		9. Porcentaje (de una población más expuesta) infectado por el VIH EPIDEMIA CONCENTRADA IMPACTO	TCS - 9.68 % HSH – 12.98 %	23. Porcentaje de poblaciones más expuestas (CDI, HSH, PS) infectado por el VIH [desglosado por sexo (mujer, varón) y edad (< 25, 25+)]	GARIFUNAS 4.5% TS 3% HSH 6.3%

ANEXOS DE ENTREVISTAS Y GRUPO DE DISCUSION: K - T

ANEXO K. MATRIZ GENERAL DE PERSONAS ENTREVISTADAS

ENTREVISTA	NOMBRE	FORMACION	EXPERIENCIA	CARGO ACTUAL
1	Lesby Castro de Midence	Médica y Salubrista	Conducción de servicios de salud de Atención Primaria y de procesos participativos en VIH y SIDA a nivel regional, participante en procesos de planificación en VIH y SIDA	Jefe de la Sección de VIH y SIDA de la Región Sanitaria Metropolitana de Tegucigalpa
2	Jorge Fernández	Médico, Inmunólogo y Salubrista	Servicios de salud a PVIH en hospitales del Estado y en la práctica privada. Coordinador de proyectos en prevención de VIH y SIDA, Director de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, docencia universitaria	Docencia universitaria y práctica médica privada
3	Xiomara Bú	Filósofa, con estudios en Ciencias Jurídicas	Docente universitaria, coordinadora de procesos de participación ciudadana en el tema de VIH y SIDA, investigadora de temas sociales ligados a los Derechos Humanos, activista nacional en el tema de VIH y SIDA	Coordinadora nacional del Foro Nacional de SIDA en Honduras y docente universitaria
4	Elsa Yolanda Palou	Médica, Infectóloga	Jefe de servicios médicos en áreas de infectología, Ministra de Salud, representante en instancias deliberativas en VIH y SIDA nacional e internacionalmente, participante en grupos de trabajo sobre normatización de esquemas de tratamiento para PVIH, formadora de personal médico en servicio para atención a PVIH, docencia universitaria	Jefe de Servicios de Infectología del Hospital Nacional del Tórax en Tegucigalpa Directora de Postgrados Clínicos de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH
5	Karla Zepeda de Poujol	Médica y Salubrista	Coordinadora de proyectos de prevención con población juvenil y en el tema de VIH y SIDA, Oficial de Proyectos de agencias del Sistema de las Naciones Unidas	Oficial Nacional de VIH/SIDA y Adolescencia en la Representación de OPS/OMS
6	Benita Ramírez	Bachiller en Ciencias, estudiante de Administración	Trabajadora de base comunitaria en el tema de VIH y SIDA, representante de PVIH en instancias de deliberación, miembro de la directiva de la Asociación Nacional de Personas Viviendo con SIDA de Honduras ASONAPVSIDAH	Oficial de enlace con PVIH en el Foro Nacional de SIDA, Capítulo de Tegucigalpa
7	Manuel Sierra	Médico, Epidemiólogo	Docente universitario, investigador para agencias de cooperación, participante en grupos técnicos para elaboración de propuestas de	Docente universitario y consultor nacional en VIH y SIDA

ENTREVISTA	NOMBRE	FORMACION	EXPERIENCIA	CARGO ACTUAL
			proyectos en VIH y SIDA	
8	Rutilia Calderón de Figueroa	Médica, especialista en Medicina Social	Docente universitaria, funcionaria de agencias de cooperación multilateral, nacional e internacionalmente, promotora del Proceso de IV Reforma Universitaria	Vice-ectora Académica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras

ANEXO L. ENTREVISTA # 1 LESBY CASTRO DE MIDENCE.

AGOSTO DE 2010

Bueno... aquí con el gusto de estar compartiendo con Lesby, le decía ya que es tanto el tiempo que tenemos de no vernos, es que yo lo que siento es que a pesar de que he hecho algunos avances básicamente en materia de lectura tanto desde el punto de vista teórico como de documentos como la experiencia que yo estuve más cerca he logrado ir ganando yo siento que tengo como un archipiélago en el que, sí, algunas cosas van calzando, estamos hablando para contextualizar mi estudio, entonces he procurado encontrar el tema de condición de posibilidad del derecho a la atención integral en todo su amplio contexto de estos términos, hay una lectura muy interesante que le permiten a uno problematizar el concepto de integralidad y por ahí he tratado de , aunque esta primera parte cuando digo esta primera parte es esta presentación que yo le mencionaba que voy a tener el próximo jueves eh, la estoy dedicando a la parte eh básicamente del documental cuando digo documental es que estoy titulado una mirada a una década de respuesta de VIH y SIDA en Honduras, ¿por qué? porque, si bien es cierto y eso es parte de la contextualización previa, eh respuesta habido del país desde el primer paso de la noche de los invitados, pero una respuesta oficial a través de un documento que se puede rastrear es a través del primer plano y las políticas que curiosamente son editadas en el año 99 aunque tienen fecha 98 que están siendo vigente desde el año 98 no sé porque razón, y eh hago un planteamiento, cuales están siendo estos avances en materia de las cifras en materia de los planteamientos que se vienen haciendo en los enfoques de los progresos de UNGASS y hay una serie de interrogantes que a mí me quedan que yo siento que solo una persona que de una manera sostenida este de adentro me puede ayudar como amarrar esos cabos sueltos o a vincular esas cosas que a veces siento que están como desconectados, entonces ahí es donde si aporte es sumamente valioso porque usted ha tenido una posición siento yo que privilegiada en el sentido que permanente y viendo cambios en otras instancias y eso le permite ponderar en una forma más objetiva desde mi óptica, eh, como si iba accionar de la forma de autoridades, de agencias de actores que son en realidad clave, quizás un poquito aquí, Lesby antes de plantear inquietudes un poco mas puntuales, me gustaría un poquito su perspectiva, verdad de cómo usted visibiliza esta década de respuesta si yo le hiciera esa pregunta amplia, quizás como para comenzar.

Lesby: Aja, aja que yo pueda tener visión suficiente aunque yo he estado de forma sostenida, no he estado en un espacio que también me permite ver todas las aristas verdad porque yo estoy segura de que ha habido cosas más allá.

Emilia: Si, si, si de de los que usted.

Lesby: De los que yo puedo percibir, entender, conocer.

Emilia: Claro quizás un poco para la tranquilidad, no es la única informarte usted, pero usted tiene uno claro, claro.

Lesby: Para que pueda dar respuestas claro.

Emilia: Tengo informantes de otros espacios desde otros niveles.

Lesby: Ah ok, ah ok.

Emilia: Desde otros momentos.

Lesby: Si, si.

Emilia: Pero la posición suya creo que difícilmente la comparte alguien más.

Lesby: Exacto.

Emilia: Con esa no es usted a la única persona a quien le estoy solicitando esta colaboración pero si siento yo que esa particularidad suya eh no la tiene nadie eh mas si (ja, ja).

Lesby: Bueno la verdad que sí.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: He estado en una posición que ha permitido ver todos los cambios políticos y como la injerencia política cada vez ha tomado mayores pies privilegio verdad a determinado se han determinado mucho las decisiones que se toman en relación a VIH.

Emilia: Si.

Lesby: No sé si específicamente a la parte de atención integral vamos hablar específicamente de la atención integral eh.

Emilia: Pues no se qué específicamente la atención integral.

Lesby: Si porque como de la Secretaría de Salud hay un concepto de atención integral.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: ¡Verdad!

Emilia: Bueno, si de eso se trata de...

Lesby: Impartimos de la persona infectada, de la persona enferma, de la persona que ya no tiene ganas, desde ahí no nos vamos para atrás y de hecho en la ultima 10 años y sobre todo en los 5 nuestro trabajo como así, así a nivel regional has sido a la atención integral como a principio de la epidemia, nosotros antes de los antirretrovirales inclusive, pero me refiero antes de los antirretrovirales dados por el gobierno.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Nuestro trabajo era muchísimo encaminado a la parte de promoción y prevención no lo hemos descuidado pero no ocupa, no ocupa, no tiene la primacía, no tiene la relevancia para nuestro tiempo, para nuestras ocupaciones como los años antes de atención integral.

Emilia: Si, si.

Lesby: Se acuerda.

Emilia: Si, si.

Lesby: Entonces por eso, atención integral para nosotras es la persona con VIH.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Una persona con Sida que llega al servicio de salud por nosotros ofertamos una serie de los servicios.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: De mucha atención integral, nosotras partimos de un documento que hace 10 años conocimos más o menos era de ITS que era "Paso a Paso".

Emilia: Como no, como no.

Lesby: Y de ahí nosotros los ubicamos en cada uno de sus escenarios para empezar a brindar ese tipo de servicio.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Obviamente en ese, en su contexto si yo diría que el país muchísima la oferta de servicios se ha profesionalizado habido mayor calidad intención de los servicios que se brindan más personas tienen acceso a antirretrovirales más personas tienen acceso a diagnósticos para conocer como está su condición inmunológica sobre todo, sobre todo verdad, la prueba cd4 es una prueba de acceso en todo el país.

Emilia: Aja, aja, aja.

Lesby: No exactamente pero si podríamos averiguar cuántos laboratorios en el país hacen CD4 para conocer la, nosotros mismos en el Alonso Suazo y en el Carrizal, hacemos pruebas cd4 para conocer la condición inmunológica del paciente, inmunológico que es uno de los indicadores del paciente, vitales en el conocimiento en la respuesta de los antirretrovirales.

Emilia: Si, si.

Lesby: No tanto conocer un poco más con la respuesta virológica porque eso es la cabalidad.

Emilia: Si.

Lesby: Es una prueba que sigue siendo centralizada en el laboratorio nacional

Emilia: Ya, aja.

Lesby: Esa no es, no ha sido forma de centralizada, pero hemos sido en ese sentido

Emilia: Aja, aja.

Lesby: La integridad también se ha dado en el sentido de que no, no se ha limitado meramente a la atención médica.

Emilia: Aja.

Lesby: A la atención médica obviamente muchos CAI, impartiendo de la estructura de CAI que al principio fue bien cuestionada, verdad?.

Emilia: Si.

Lesby: Y que ahora veo que a través del Fondo Global.

Emilia: Si.

Lesby: Está apoyando, esta es el plan de educación, no sé si lo ha escuchado por la radio.

Emilia: Si, algo, algo.

Lesby: Algo de la promoción de los CAI, si tiene son una persona con VIH.

Emilia: Acuden.

Lesby: Acuden a un CAI.

Emilia: Si, si.

Lesby: La he escuchado en las emisoras de, de mayor audiencia de jóvenes.

Emilia: Aja.

Lesby: De audiencia de jóvenes.

Emilia: Aja.

Lesby: No tanto lo he escuchado en HRN, radio América sino que en otras, en otras, emisoras y lo he escuchado bastante bien.

Emilia: Ya, ya.

Lesby: Bastante bien.

Emilia: Aja.

Lesby: Entonces eso significa que para las normativas, la figura de CAI es una figura que llegó y se quedó.

Emilia: Aja, vamos como institucionalizada.

Lesby: Institucionalizada porque.

Emilia: Que queremos decir con institucionalizada.

Lesby: Porque yo he estado participando en algunas reuniones con estartivo, con STAR-ONE, con STAR-TWO en las oficina que ellos tienen en las Lomas, para ir tratando de, de establecer la plataforma de la política nacional en relación con VIH/SIDA.

Emilia ¿Plataforma de política nacional?

Emilia: Si de VIH/SIDA.

Emilia: Aja.

Lesby: En el componente de... se han trabajado días y días y días, ya he estado en 2 reuniones no da más, pero si Rolando Pinel que es uno de los que está conduciendo esto se han planteado en forma de foro lo han estructurado pero a eso se ha llegado a un poco del análisis y situación donde se quiere llegar si trabajamos con todos a donde queremos llegar, yo he, he conocido el avance, pero si se ha trabajado bastante, en esta parte de análisis.

Emilia: Aja.

Lesby: Y en atención en general en un momento se habló de que en algunos momentos exista tal posibilidad de que toda persona con VIH puede llegar a un establecimiento de salud que se le quedaron ofrecer antirretrovirales, eso la verdad es desde el punto de vista de todo el mundo es bastante tópico.

Emilia: Ahora cuando usted me habla de que se está trabajando en una plataforma política nacional de VIH/SIDA y me menciona un proyecto estando que es de AID.

Lesby: Si porque está con ellos apoyando si, si.

Emilia: Paralelo a CONASIDA, políticas nacionales que rol cumple la autoridad sanitaria Nacional. , no sé si yo estoy en lo correcto de hablar de política, pero si entiendo que va encaminado a tendencias políticas como de una forma de apoyar el Sida no, de una forma de decir bueno es que deberá en atención integral en este país lo que tenemos que hacer esto, esto y esto.

Emilia: Pero para eso se tomo referente a pet - sida.

Lesby: Si, si.

Emilia: PENSIDA - sida, se han hecho un documento y nada más les lo han tomado como referente PENSIDA, es una referencia para todas las estrategias en este momento, el documento es una forma de consideración en accionar que nosotras tenemos quizás hay un poquito en esto que yo le decía, las cosas que siento un poco incompleta por ejemplo cuando uno revisa por un lado la evaluación habida a través de los planes nacionales el primer pet - sida, segundo y tercero por un lado que tiene una serie de objetivos y metas, pero por el otro lado cuando un aviso los informes de progreso que representan uno cada 2 años del 3 el del 5 del 8 ahora está el del 10 pero bueno y uno trata de encontrarte la coherencia , la coherencia que vaya de una

forma dando cuenta del avance del progreso en estos informes de progreso alrededor de este plan estratégico como que no del todo quedó claro si estamos hablando de los mismos referentes y es ahí donde esta otra figura intermedia que a veces es un poco por lo menos para los que más afuera difícil de ubicar y de conciliar y es el programa operativo. El presupuesto del plan operativo y el sistema de monitoreo y evaluaciones que permite pasar de este plan estratégico por estas otras figuras de índole gerencial hasta tener un resultado que es el que se presenta en los informes entonces yo muchas veces quedo como cuando uno es niño y queda con ese tipo de preguntas estratégicas por estas otras figuras de índole gerencial hasta tener un resultado que es el que se presenta en los informes entonces muchas veces queda como cuando uno es niño y queda con ese tipo de preguntas no solo que peca de ingenuo es tan obvio que ya está como aquello con la vestimenta del rey va desnudo y nadie lo dice pero ahí es donde a mi me quedan muchas veces las dudas y sinceramente a veces no estamos en espacio para poderles preguntar entonces yo se las pregunto a usted que ocurre a aquí en medio.

Lesby: Pues yo igual tengo las mismas lagunas.

Emilia: Aja.

Lesby: De entrada y yo no sé si yo puedo apoyar en ese mismo sentido porque desde el nivel regional cada vez las lagunas son de este tamaño.

Emilia: Aja.

Lesby: Verdad el involucramiento nuestro en relación a ver qué pasa en cada uno de esos momentos en las que la estancia es muy escasa.

Emilia: Aja.

Lesby: Es muy escasa.

Emilia: Usted es jefe Regional.

Lesby: Jefe Regional.

Emilia: Pero el Jefe Regional tiene que ver con la planeación operativa pero no tiene que ver con un presupuesto, no tiene nada que ver con un monitoreo, si con el monitoreo desde el punto de vista institucional porque aquí le dan estos momentos en relación al monitoreo.

Emilia: Esta es otra de las lagunas que tengo platíqueme.

Lesby: Porque hay un plan de monitoreo y evaluación institucional.

Emilia: Aja.

Lesby: Institucional que es lo que corresponde a todos aquellos 33 indicadores.

Emilia: Aja.

Lesby: Que hace la secretaria.

Emilia: Y esos indicadores provienen de los planes operativos.

Lesby: Esos indicadores provienen de los planes operativos.

Emilia: Exactamente.

Lesby: Exactamente que hace mucho.

Emilia: Aja.

Lesby: Que hace muchos años se establecieron.

Emilia: Y que no tiene nada que ver o poco que ver los indicadores de UNGASS.

Lesby: No tienen que ver si están incluidos los indicadores de UNGASS y en la última revisión se hicieron revisiones a los indicadores para poder incluir a esos indicadores de UNGASS entonces, entonces a que nos enfrentábamos.

Emilia: Pero después del 2008

Emilia: Después del 2008 entonces vienen y que...

Emilia: Y que no venia hasta acá.

Lesby: Exacto.

Emilia: Ah, aja.

Lesby: O sea ya estaba desde el inicio pero esos indicadores ya estaban planteados lástima que yo no traje nada de todo eso para poder pero igual se lo puedo hacer llegar.

Emilia: Como no, si.

Lesby: Pero esos indicadores están planteados desde el inicio tomando en cuenta los indicadores de UNGASS quedaron planteados nada más como una forma eh, como le diría.

Emilia: Escrita.

Lesby: Escrita y en teórica no practica no funcionaron.

Emilia: O sea que no los evalúan.

Lesby: O sea que sin tabla de salida o sea que si me dicen que yo tengo que evaluar cuantas embarazadas adolescentes tienen VIH en el país.

Emilia: Aja.

Lesby: Ahí estaba escrito el indicador pero no había una forma que pudiera estar armonizando desde un sistema de información que viene de la secretaria ya dado.

Emilia: Si ya establecido para que tuvieran indicadores de este tipo.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Eso esta hasta el año pasado, hasta el año pasado que se empieza a trabajar seriamente igual debe de ser esas, ésas tablas de salida esos formatos, esos registros que deben de tener para poder tener nosotros brindar información inclusive en los centros de salud cuando yo les digo que yo necesito que me envíen que cuantas embarazadas de 15 a 19 años están con VIH pero me lo dejan en 0.

Emilia: No se tiene acceso a esa información.

Lesby: No se tiene acceso porque no hay forma de conseguir uno, porque ya el sistema de información del país está dado esta establecido.

Emilia: Aja sí.

Lesby: Entonces es sumamente difícil, pasan los años y nosotros vemos los indicadores en blanco.

Emilia: Aja entiendo.

Lesby: Yo nunca he estado en documentos donde se ha trabajado lo de UNGA honestamente.

Emilia: Si aja.

Lesby: Pero si sé que es horroroso, horrible porque hay que buscar información que no se tiene acceso de forma accidental.

Emilia: Si, si.

Lesby: Todo debería estar fungiendo en forma normal en cascada eso es.

Emilia: Que debería de ser.

Lesby: Que debería de ser, todo debería de fluir en cascada periódicamente en base de datos.

Emilia: Si.

Lesby: Existen registros muchos desde niveles locales que puedan esos informes de UNGA que puedan fluir y fluir, ahora que tengan más validez como país informando como país.

Emilia: Pero cuando usted me dice bueno yo no estoy en la posición en la cual me pudiera dar una óptica sin embargo tiene la posición privilegiada estar en un ámbito llamémoslo local en el sentido que es una región y por tanto poniendo los pies sobre la tierra tanto en la programación operativa como en esa digámosle recolección de indicadores desde las diferentes unidades de salud como para poder hablar a donde durante esta ultima década usted me dice que hasta hace poco está trabajando, pero adonde van este tipo de inquietudes, a donde se manifiestan, en qué tipo de reuniones, en qué tipo de instancias se manifiestan porque quizás aquí poniendo en

perspectiva toda la inquietud, toda la impresión que uno tiene pareciera que me moviera en tres mundos diferentes un mundo pet-sidas, un mundo del fondo global y un mundo de UNGASS entonces es eso así ,como se concilia a donde hay formas de manifiestos, tipos de inquietudes, como la que yo estoy haciendo desde el punto de vista porque digamos que yo no estoy adentro del sistema y cuando estaba relacionado con el tema de VIH este tipo de inquietudes es visto como una molestia pasajera de alguien que esta vista como queriendo poner el dedo en la llaga en algo que no viene al caso, pero alguien de adentro de que manera puede poner de manifiesto este tipo de inquietudes y ante quien nos puede que se yo ventilar.

Lesby: No quiero que ahoritita vaya prevalecer mi pesimismo (ja, ja, ja) si.

Emilia: No, no, no.

Lesby: De veras que sí, pero si no me hace esa pregunta yo no sé adónde.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Adonde el programa nacional ha pasado de ser de tener un liderazgo increíble, extraordinario, admirable, hasta ser una estancia realmente que sigue programas medios.

Emilia: Si.

Lesby: Desde el nivel regional a cada vez ha sido renegado a una instancia saque trabajo.

Lesby: Aja saque trabajo cumpla con esos indicadores de monitoria.

Emilia: Si, si.

Lesby: Cumpla se hagan pruebas para las embarazadas, cumpla que se atiendan los casi, cumpla que se hagan CD4, que se haga antirretrovirales, cumpla esos indicadores y realmente Emilia eso ha sido en los últimos años mucho que hacer pero desde que yo he tenido esa posición privilegiada inclusive no solo como jefa regional sino que del programa, la parte de acceso geográfica a contado mucho y creo que como persona como usted dice, he sido tomada en cuenta en muchos procesos a nivel nacional, siempre desde aquí, desde allá.

Emilia: Aja, claro la experiencia.

Lesby: He estado en todo en los últimos tiempos no.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: En los últimos años.

Emilia: Estamos hablando en los últimos 3 años.

Lesby: Más o menos en los últimos 3 años no.

Emilia: Aja.

Lesby: Sobre todo los últimos 2 años, del año pasado para acá no digamos este año, hace dos años no tenemos presupuesto, un presupuesto en relación a donantes, no a proyectos, a propuestas de donantes todo se ha centralizado en programas nacionales no tenemos nada como años antes que al final nos reuníamos para establecer un presupuesto o sea por USAID que ha sido de los mayores donantes en forma así como sistemática como OPS el proyecto que tuvimos con ustedes.

Emilia: Si, si.

Lesby: Eso nos lleva de repente, nos dicen aquí están los antirretrovirales, eh, eh, las pruebas, las hacen en el gobierno eso es un proceso de ganancia pero ha costado muchísimo y ha sido ha costo de disminuir coberturas de menos del 50% para nosotros el año pasado con la crisis política por ejemplo pero que si es asumido por el gobierno.

Emilia: Ahora el gobierno cubre todas las pruebas.

Lesby: Todas las pruebas.

Emilia: Y de antirretrovirales?

Lesby: De antirretrovirales pues todavía hay un porcentaje que es todo lo que el fondo mundial aporta de pruebas de antirretrovirales.

Emilia: De pruebas?

Lesby: Ve, perdón de antirretrovirales no se en que porcentaje honestamente.

Emilia: Porque no me muevo en ese nivel.

Emilia: Claro, claro si me entiende.

Lesby: No puedo decir exactamente, pero que si hay medicamentos que los compra el gobierno.

Emilia: Aja.

Lesby: Pero si hay medicamento que es dado por el fondo mundial, el fondo mundial sigue pagando de los CAI.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Hay un ultimátum para este año verdad hasta diciembre, hasta diciembre la contratación se re contrato hasta diciembre, hasta diciembre el gobierno asumo entiendo que solo el fondo mundial asumió el 30% de todas las plazas, eh, al parecer a empezado un proceso de concurso para personal de los hospitales van empezar por los hospitales, pero a diciembre el gobierno tiene que ver como hace.

Emilia: Si, si.

Lesby: Tiene que ver como hace porque cuando yo me di cuenta yo empecé conseguí un inquilinato para la microbióloga que estaba, que le pago el fondo mundial.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: A ver como ayudamos al médico del CAI del Alonso Suazo que va a pasar con la farmacéutica.

Emilia: Si.

Lesby: ¡Verdad!, porque es algo que tiene y eso sería interesante pensar que piensa este gobierno.

Emilia: Ya.

Lesby: En relación a ese compromiso que tiene de asumirlo.

Emilia: Ahora regresando un poco a donde derivamos que hablará usted un poquito más de esto, me decía que este proyecto en eso de las plataformas políticas emocionales como decir, bueno se está esa desvinculación es decir hablábamos de esa desvinculación vencidas por un lado juntos por otros programas que se cumplan a partir de los fondos que son asignados eh que rol cumple este proyecto, eh que o quienes se suponen que injerencia tiene más allá de la autoridad nacional quizás una impresión que uno tiene de afuera es que tiene mucho más poder de convocatoria un proyecto financiado por la cooperación que la misma autoridad nacional, eso sigue siendo así, cumple ahora el rol que cumple el fondo global, le pregunto porque he escuchado bastante referencia en este proyecto si entonces uno se pregunta cómo está esa con relación de fuerzas en ese sentido de tener capacidad de convocatoria o de tener capacidad de decir esto es lo que se va a ser mas allá de que haya un plan, de repente está vinculado con el plan, pero lo que hay una coherencia, no se las inquietudes que resulten son varias y de repente usted dice, bueno a estar participando qué impresión tiene al respecto , bueno dos veces que he estado participando me da la impresión de querer ordenar las cosas, de querer recoger todo lo que hay, todos los pedazos que hay y ponerlos en una forma ordenada por lo menos esa es la impresión que me dio específicamente para el programa de prevención de transmisión VIH de madres e hijos que inclusive yo quede en ese grupo , nos reunimos a investigar y a ordenar.

Emilia: Cuando usted dice ordenar.

Lesby: Si ordenar en el sentido por ejemplo en Honduras hay una cobertura de no más del 60% de pruebas de VIH embarazadas.

Emilia: No más del 60%.

Lesby: No más del 60%. Pero a nivel nacional.

Emilia: Pero en unos 8 años reportamos más.

Lesby: Nacional tal vez para poner un ejemplo sé exactamente cuál fue el último informe, como, no sé, para poner un ejemplo que si anda en el 60 o 70% no creo que ande en más del 70%.

Emilia: Me parece recordar que habla más del 80% de cobertura.

Lesby: De cobertura de madre a hijo de transmisión.

Emilia: O de transmisión de madre a hijo.

Lesby: No se cómo está a nivel nacional, no sé.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Nosotros nuestra prevalencia se mueve del 60 al 70% para Tegucigalpa.

Emilia: Aja.

Lesby: Es analizar si la mayor concentración está en las ciudades grandes.

Emilia: Aja.

Lesby: Porque no derivar todos los esfuerzos para que en esas ciudades de mayor a 28 a 30 todas las embarazadas tengan acceso a la prueba eso era una forma de estar analizando la situación.

Emilia: Si.

Lesby: No, entiendo que no hubo ninguna conclusión en ese sentido, pero en una forma de ver si está pasando porque no hacemos esto otro para que las cosas y ahí había información amplia de todo el programa nacional del SIDA verdad, yo como invitada mas otras organizaciones asociadas STAR-TWO, STAR-ONE, Fonanach CDC. OPS no me acuerdo quien mas de sociedad civil estuvo en esas reuniones si me daba la impresión que había la voluntad un buen interés en poder ordenar todo, en ordenar como diciendo si en las compañías de comunicación en este año en todos estos años ha pasado hagamos lo otros.

Emilia: No se mas a profundidad y lo siento no poder profundizar en esto porque no se mas que esas dos, pero que si a mí me gusta en el sentido de que había hubo muy buena participación.

Emilia: No, pero no se preocupe por el hecho de conocer, de hecho como le he dicho en un momento mi estudio concluye en el 2008 pues haciendo una análisis de 10 años de respuestas lo que quiero decir en esta época no vale como ahora dicen los muchachos y no es que ahora si estoy estudiando.

Lesby: Son las notas del mes pasado.

Emilia: Son las notas del mes pasado no, no vale.

Lesby: Ahora en el cuarto parcial que es el que a mí me interesa (ja, ja, ja).

Emilia: Es decir la lógica que estoy empleando es lo que ocurrió en el 2007 lo que está ahorita es harina de otro costal entonces, si me ha llamado la atención le hago esta pregunta porque le he escuchado en más de una oportunidad, la referencia no hay problemas si no lo tiene usted a la mano eh si quizás un poquito es impresión suya de esa época digamos que el 2008 hacerle la solicitud ¿cómo se ha convivido con esa esquizofrenia triple es decir será porcentuado; nadie dice nada se asume que se hacen en las evaluaciones nos quedamos este ámbito nada mas no se qué se yo es porque quizás fragmentación de actores instancias de que no se si hasta donde y

de nuevo aquí en su visión nada mas no se preocupe porque no puede darme más porque no puede.

Lesby: Si, Yo siempre desde mi nivel, inclusive he dicho gracias a Dios estoy en este nivel de que me ha tocado un poquito más arriba, la verdad es triste muy frustrante ver como salen verdad los intereses de organizaciones personales en relación a una estrategia, a una política las evaluaciones.

Emilia: Yo siempre en primer lugar he tenido la percepción de fragmentación o sea desde los inicios ya hace años de coalición de ONG'S que recuerdo que se quería realizar hasta la, la, toda por ejemplo la lucha del foro nacional de sida desde enero ONG'S bajo su opresión desde el programa nacional la lucha que ha pretendido mantener un liderazgo que no ha podido porque el liderazgo ha sido de quien realmente puede tener un liderazgo y puede tener la capacidad se ha politizado el puesto de jefe del Programa nacional.

Emilia: Pero cuando usted dice que se ha politizado a lo largo del tiempo.

Lesby: A lo largo del tiempo hoy que ha culminado, ahorita que esta fuera de tiempo para su evaluación que hubiese interesante culminar la hora como ya, para el colmo de la contaminación política.

Emilia: Pero vale, vale el colmo de la contaminación a un cargo de un programa de esta magnitud que hoy escuchando a Pepe Lobo estamos con el reto de VIH/SIDA como algo nosotros estamos en esa lucha.

Emilia: Como algo en gerundio.

Lesby: En gerundio como es algo le toco como veinte segundo decir la verdad pero está dentro de los indicadores.

Emilia: Si, si, si.

Lesby: De Desarrollo del Milenio, esto hace de mortalidad materna.

Emilia: Como no.

Lesby: El infante la transmisión de VIH de madre a hijo entonces como diciendo como dijo que es un reto para el país VIH/SIDA le tienen retos enormes pero allí estamos luchando.

Emilia: Si, si el presidente.

Lesby: El Presidente.

Emilia: Hace un par de horas.

Lesby: Hace un par de horas, pero allí está en discurso.

Emilia: Si, si.

Lesby: VIH /SIDA allí está en el discurso nada más porque toda la inversión ha sido para dengue por ejemplo.

Emilia: Aja.

Lesby: Durante todo este año.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Pero si en el discurso Emi...

Emilia: Nosotros estuvimos el año pasado desde febrero a septiembre sin una prueba de VIH.

Emilia: Se Febrero a septiembre sin un aprueba comprada por el gobierno por razones políticas, administrativas había una deuda que se venía arrastrando desde el gobierno del Mel Zelaya desde administrador junto con el Ministro será no pagaban a los proveedores.

Emilia: Si, si y así en otros temas en el de diálisis yo he escuchado también.

Lesby: Entonces que pasa ante el grito nuestro, ante el sufrimiento decir que pasa cuántos niños murieron el año pasado infectado con VIH sin que tuvieron la oportunidad sin que nosotros pudiéramos hacer un diagnostico.

Emilia: Si, si.

Lesby: Entonces desde allí vamos sin esa fragmentación, sin ese liderazgo nosotros que más podíamos decir.

Emilia: Pero...

Lesby: Yo conozco el fondo mundial que es una instancia ¡verdad!.

Emilia: Si.

Lesby: Donde nos están proveyendo el dinero para comprar retro virales para comprar pruebas para pagar personal de salud.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Y esto sostiene la gran parte de la atención de este país.

Emilia; Si, si.

Lesby: Esa tradición del fondo global al tesorero nacional no va a pasar que va a pasar con esas 8,000 que están con antirretrovirales en este momento.

Emilia: Porque yo recuerdo a estado revisando recuerda usted cuando estuvo en precario la segunda fase de la primera ronda del fondo global en la cual se hacia una serie de señalamiento de parte de comité técnico revisor y que fueron objeto de muchos trabajos de parte de las instancias nacionales para poder hacer a esa segunda fase mucho después se salió a relucir con que se había actuado bien del país y que eso estaba garantizado será de allá para que no diga par ahora después que se logró esa segunda fase que tanto se pudo mejorar digamos esa absorción de parte de los fondos nacionales para no estar de nuevo en capilla a la vez que se

vaya a terminar con el fondo global si esa lección sirvió para que ahora se esté actuando de otra manera quizás no ahora sino en su momento, ya con esta segunda ronda esta nueva ronda que se tiene como conoce usted que se está manejando la de apropiación.

Lesby: Yo creo que seguimos encapillado no creo que se haya modificado mucho de las formas de que el gobierno pueda estar asumiendo excepto de la compra de algunos antirretrovirales porque si no hay, no se cuales son si es Efrabiego cuales son que los compra el gobierno ya los compra pero allí no creo que haya habido ningún cambio ninguna forma estructurada.

Emilia: Para nosotros como país seamos capaces.

Emilia: Si, si.

Lesby: ¡Verdad! en ese momento cuando ya pase a otra ronda o finalice a nivel regional jamás hemos participado en una reunión del fondo mundial.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: No solo a nivel central solo el programa nacional participa en reuniones.

Emilia: Si.

Lesby: Yo jamás en una reunión donde se discuta indicadores de UNGASS no lo han presentado los conozco, los puedo leer hay que trabajar porque esos son de los indicadores pero nada que a nivel regional se participe con los dos por ejemplo: de cada 2 años.

Emilia: Aja.

Lesby: De UNGASS.

Emilia: Si, si.

Lesby: Ese es una encerrona que hace fulano, fulano, fulano para determinar allí porcentajes y hacen el documento de UNGASS entiendo que ahorita terminando el problema político ha habido mucha discrepancia de cómo lucía de la forma de cómo se podía relatar esto es extra, pero ha habido mucha discrepancia y como se iba a relatar esos indicadores.

Emilia: Aja, aja de cumplimiento.

Lesby: Porque estaban viendo de una forma política.

Emilia: Aja de cómo el país después del golpe de estado había limitado el acceso por antirretrovirales había limitado el acceso por falta de apoyo y no tuvieron la movilización para llegar a los CAI o sea de esa forma entiendo que se estaban enfocando el documento de informe de UNGA y eso es por un revuelo que escuche.

Emilia: Echarle la culpa al gobierno cuando habían sido las agencias que habían limitado el acceso porque si no, no va a quedar registrado (ja, ja, ja, ja).

Lesby: A mí me atacaron en Costa Rica cuando yo hice una presentación de Lisist para trabajadores sexuales me atacó una persona de la diversidad sexual diciéndome verdad y se pararon y otra persona de ONG diciendo que se habían muerto 8 personas con sida en una comunidad de Francisco Morazán porque como el gobierno había estado, teníamos estado de sitio entonces no había podido movilizarse a recoger sus antirretrovirales y que por eso fallecieron.

Emilia: Manipulando.

Lesby: Mire una manipulación que al final no sé como quedo eso fue una cosa que desde los inicios del programa nacional estaban diciendo que eso no lo podían permitir que hay que informarle al ministro, no vamos a permitir que se diga eso.

Emilia: O sea impidiendo entonces que el gobierno tuviera los fondos para tener los antirretrovirales o sea las agencias no estaban.

Lesby: Omitidas no estaban planteando de esa forma.

Emilia: Ah ok, ok.

Lesby: CONASIDA debía plantear en el documento de UNGASS.

Emilia: Aja.

Lesby: Que esos indicadores habían sido documentados terminados por los factores políticos del país.

Emilia: Entiendo, entiendo, si, si.

Lesby: Que si no había acceso a antirretrovirales que se habían inventado los antirretrovirales por sida que si había embarazadas con prueba de VIH era por la situación política del país.

Emilia: Ya entiendo, ya entiendo.

Lesby: O sea que influyeron muchas cosas pero que no fueron determinadas.

Emilia: Si, si ya.

Lesby: Entonces esas son cosas de rumor de rumor para mí.

Emilia: Si.

Lesby: Si son de pasillos para mí.

Emilia: Claro, claro.

Lesby: Porque en el nivel regional no participa en esos tipos de documentos.

Emilia: Y ese es el punto al final de cuentas es decir cómo se puede hacer un informe de país en el cual me primero me decía usted hace un momento que el sistema de información no permite de forma directa y clara y tomar de ahí en cascada,

en cascada decía usted y reportar los indicadores de UNGASS por otro lado la participación de los niveles regionales y locales en la construcción de este informe.

Emilia: En la construcción de este informe o sea que podríamos decir que son cuestionables los resultados.

Lesby: Pues no sé si cuestionables pero.

Emilia: Un poco queda en la incógnita verdad.

Lesby: En la incógnita de cómo se construya como se hace ese informe.

Emilia: Claro.

Lesby: Porque participar pues.

Emilia: Aja.

Lesby: En otro nivel.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Son los cerebros, los intelectuales los que están en otro nivel los que construyen este informe.

Emilia: Pero igual se ocupan registros pues.

Emilia: Ser intelectual no le impide la necesidad.

Lesby: O sea, desde el punto de vista de quien mira a quienes son los intelectuales en el tema de VIH en el país el fulano, fulano y de ahí nadie más y nadie más tiene la verdad y nadie más que ese tipo de personas manejan el tema de VIH en el país pero lo que tranquiliza también es que hay mucha participación también en esa construcción de este documento de personal de sociedad civil del foro de ONUSIDA de otras organizaciones pero no se mas.

Emilia: Si, si, pero, pero vamos eh... de nuevo creo que remitíamos y regresamos a la concepción eh de la temática de integralidad y es un tema o un concepto que me parece que igual al verlo desde quienes participan estamos moviéndonos un poquito en esta plática entre lo específico y lo más global porque si pienso yo que el concepto de integralidad permite, permite tener una óptica crítica acerca de que como estamos pretendiendo organizar el tema de la casa a través de este proyecto se está pretendiendo tomar que está aquí hasta que punto diría usted que esta conceptualización de integridad para ordenar las cosas hasta qué punto tiene que ver con planificación y tiene que ver con servicio tiene que con su prestación con que tiene que ver y qué impresión tiene usted con esa forma de verlo acaso nos cuestionamos en última instancia que es integridad a la hora de plantearnos que hay que hacer mejor las cosas.

Lesby: Bueno, se puede ver desde muchas perspectivas eh, voy a tratar de tener una mente amplia verdad en ese sentido siempre como hemos partido de que somos atención integral a algo que es en realidad seriamente medio integral y le decimos integral porque hay un consejero, hay un laboratorio habiendo siempre desde

el punto de vista clínico a esa persona y no se reduce simplemente al médico nada mas pero realmente en vista nosotros vemos todavía y vallamos a un servicio de integridad verdad esa persona misma que está ahí, la vemos a veces como una persona que viene de un entorno comunitario familiar poder ver que los servicios de salud tiene muy poco acceso que diría en los últimos 5 años habido una debilidad en cuanto a los servicios domiciliarios comunitarios que se dan a las personas con VIH ¡verdad!.

Emilia: Quien dan servicios comunitarios.

Lesby: Sobre todo ha sido suplicado por ONUSIDA, o sea no es la institución pero que de alguna forma la complementa.

Emilia: Si, si.

Lesby: No de forma permanente solo cuando hay proyectos donde tienen un presupuesto donde les dan un incentivo a esas personas, son voluntarios, voluntarios entre comías.

Emilia: Son voluntarios con un incentivo.

Lesby: Con un incentivo, con una remuneración d ese sentido o sea personas con VIH personas que se les hace visita domiciliaria y que la gente lo hace a través de los CAI.

Emilia: Si eso a través de los CAI

Lesby: Pero que, para que en realidad ese es todo un tema por hablar todo es atención domiciliaria que fue planteada en esa plataforma de política

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Todo el que hacer en ese nivel que obviamente.

Emilia: Ha sido retomado que si nos remitimos hacia el 2008 hay esa debilidad porque en los Centros de salud, porque cada vez hay realces en más renuente dar este tipo de servicios.

Lesby: Con el problema de inseguridad personal.

Emilia: Ya, ya, ya.

Lesby: O sea las enfermedades yo no salgo porque ahí hay una mano yo tengo que cruzar por esa calle por esa peatonal que hay una maya por eso yo no voy ahí.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Porque.

Emilia: Claro, Caro.

Lesby: Hay mucha inseguridad

Emilia: Ya, ya.

Lesby: O sea este es el tipo de cuestionamiento y limitantes que el personal de salud.

Emilia: Si planteando.

Lesby: Exactamente para, para poder ver a esa persona, si yo me ubico en el centro de Salud Alonso Suazo para mi es mi referencia.

Emilia: Claro, claro bueno además es un CAI.

Lesby: Es un CAI y aunque tenemos dos CAI soy la responsable de monitorear esos 8 CAI en ese sentido de cómo está funcionando en el Alonso Suazo, diría que 40% de la gente que llega es de fuera de Tegucigalpa.

Emilia: Aja, aja que no se niega tampoco ser difícil.

Lesby: En ningún CAI se niega.

Emilia: Si.

Lesby: Porque hay casos que ha quedado bien claro con el personal de salud, es que las personas con VIH van a ir al lugar más retirado.

Emilia: Del lugar de procedencia.

Emilia: Claro, claro eso se acepta que anormal y eso lo vimos.

Emilia: Si, si.

Lesby: Lo vemos el de Talanga quiere venir aquí, el de Danlí quiere...

Emilia: Hay que usar la lógica.

Lesby: Porque entre más cercano esta el Centro de Salud va a ir al otro extremo donde no hayan personas conocidas porque no hay nadie que lo vincule porque todavía desafortunadamente y tristemente en este país y en este sistema hay discriminación, hay discriminación, hay estigma, hay negación y hay maltrato.

Emilia: Aja.

Lesby: Probablemente no en la dimensión de cuando nosotros comenzamos con esta epidemia y está todavía y se ha ido normalizando en hecho de persona que entra tranquilamente a un CAI no ay p, pero aun así hay.

Emilia: Si, si.

Lesby: Porque si va a encontrar a la Enfermera conocida o que es compadre de la conocida obviamente.

Emilia: No se ha llegado todavía a superar.

Lesby: No se ha superado que pasa con ese CAI ese CAI ofrece servicios de calidad fíjese que participe ahorita que recuerdo.

Emilia: Si, si.

Lesby: Hicimos una evaluación de calidad y no evaluación de calidad una evaluación de los servicios de los CAI.

Emilia: Aja.

Lesby: A mí me tocó ir a evaluar a Danlí y estuve en Comayagua.

Emilia: Aja.

Lesby: Y de Atlántida vinieron para acá las compañeras.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Y vemos que dentro de una estructura de salud dentro de un hospital el servicio que brinda calidad de servicios en términos de calidez

Emilia: Aja, aja.

Lesby: De trato de medicamentos del médico que está ahí para recoger sus problemas de pruebas para los laboratorios de una psicóloga de una farmacéutica es el CAI pero cuando necesita servicios fuera del CAI se enfrenta con una pared.

Emilia: Con una barrera porque necesita ultrasonido, necesita una prueba especial, necesita que la evalúe el dermatólogo, se enfrenta a otro mundo.

Emilia: Y ahí no hay una facilidad desde CAI para facilitar el acceso.

Lesby: Hay, pero de ahí se convierte después de ser una persona privilegiada por tener VIH.

Emilia: Si, si, si.

Lesby: Porque es un privilegio este es otro tema que yo quería poder tratar es un privilegio dentro del CAI porque es una persona que la están tratando bien con todo respeto por el personal del CAI y sale a otro mundo a otra dimensión.

Emilia: Otro planeta.

Lesby: Dentro del mismo hospital.

Emilia: Dentro del mismo.

Lesby: Es una persona común y corriente y peor aun porque tiene el VIH.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Entonces hay algunos por ejemplo en Danlí, hay una muy buena relación entre el personal del CAI con el resto del hospital pero aun así.

Emilia: Porque hablándolo de esa forma como de usted lo habla que sale a otro planta a otro mundo cada vez que sale del CAI y porque bueno ahí no hay un dermatólogo o que se yo o cualquier otro tipo de especialidad que pudiera requerir, quizás esto sea otro tipo de dimensión que pudiera requerir de integridad que pudiera plantarse.

Lesby: Es una dimensión de integridad y creo que cuando hablamos en ese sentido se ha hablado, verdad?.

Emilia: Aja

Lesby: De que hablamos de pensar en personalizar mas el CAI en ese sentido y hasta ahorita lo empiezo a entender cuando yo vi que ahorita que empezó el programa de promoción es decir la estructura del CAI es la respuesta para el país en este momento.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: esa respuesta de alguna forma vertical pero horizontal a la vez.

Emilia: Aja.

Lesby: Pero algo bien definido un paso bien definido a que la persona puede llegar y recibir esa atención integral donde pueda llegar a ver qué pasa con sus antirretrovirales que pasa si tiene resistencia o no a los antirretrovirales como esta su cuadro su respuesta virológica la adherencia es adherente, no es adherente hemos empezado con un sistema de información de atención integral el SAID.

Emilia: Si, si.

Lesby: El SISAI en el SISAI, aja hay indicadores que se están tomando de los ocho indicadores de alerta temprana para resistencia de ARV y son ocho indicadores de OPS de OMS donde nos estamos monitoreando.

Emilia: Aja.

Lesby: Y uno de ellos es por ejemplo es el cumplimiento del esquema de las citas para recoger sus antirretrovirales.

Emilia: Aja.

Lesby: Si bien un día, Emilia, de adherencia.

Lesby: Como indicador de adherencia, pero ese indicador de adherencia es parte del indicador temprano verdad

Emilia: aja, aja

Lesby: para monitorear

Emilia: El seguimiento

Lesby: Resistencia a ARV

Emilia: Aja, aja

Lesby: Es algo que está dentro de SISAI eso es un sistema realmente fabuloso Emilia; aja, aja

Lesby: Yo estoy fascinada obviamente que las limitaciones del país no permite ir más allá porque el

Emilia: si, si

Lesby: El Alonso Suazo está conectado en red con nosotros en el sistema de información está conectado hay una computadora nuestra estamos viendo todos los pacientes que están ingresando al CAI

Emilia: Eso es igual a lo que vimos en Brasil hace algunos años

Lesby: Así es el sueño sería

Emilia: Pero eso vino en otro programa otro proyecto

Lesby: El SISAI vino a través del USAID y del Fondo Global

Emilia: Aja, aja

Lesby: USAID, Fondo Mundial que compró todas las computadoras, toda la parte de infraestructura de equipo, todo el programa de toda la parte técnica

Emilia: Eso en ese momento esta a nivel del Municipio del distrito central

Lesby: No a nivel Nacional

Emilia: A nivel nacional

Lesby: No en todos los CAI, no en todos, pero se empezó con los CAI mas grandes actualmente están 34 y ahorita uno en construcción, el sistema que supe es este se abrió en Morenal cerca de la Ceiba, Zambo Creek creo que fue

Emilia: Porque el de la Mosquitia creo que fue el más antiguo no sé exactamente donde esta creo que es de la Mosquitia que es el ultimo no se cual está en construcción ahorita en la última reunión que estuve yo.

Emilia: Estuvo el Dr. Galindo que habían 34 uno que estaba próximo que igual con la duda.

Lesby: Pero no se si se los puedo investigar después entonces SISAI está aquí en Tegucigalpa en el Tórax, en el Hospital Escuela en el Alonso Suazo en el Carrizal empezamos un CAI micro CAI en la Penitenciaría Nacional, pero lo que había era un dispensación de antirretrovirales, pero todos los pacientes lo llevaban al Tórax.

Emilia: Si, si al garete

Lesby: Si este año empezaron con esa con la policía se está hablando empecé hablar ya con el ejército para ver también como se puede estructurar todo

ante todas esas posibilidades pero hay SISAI en SAN PEDRO SULA hay SISAI en la CEIBA, hay SISAI en, conectados en red interna nada mas, nada más.

Emilia: Si, si, si pero, pero bueno.

Lesby: Mi sueño es una red nacional eso sería un sueño nosotros estamos en red sin internet.

Emilia: Como así.

Lesby: Es a través de una red que instalan a través de puntos.

Emilia: Ah ya como antenas ya para poder enviar la información.

Lesby: Exacto, conectados.

Emilia: Pero están todas es decir cuando usted me dice el sueño es a nivel nacional que es lo que hace falta.

Lesby: A través de internet.

Emilia: Ah, ya aja.

Lesby: Internet, nosotros no tenemos internet yo pago mi internet.

Emilia: Ah ya sí.

Lesby: Particular con modem es decir.

Emilia: Ah ya tener la instrucción.

Lesby: Tener la instrucción permanente eso todavía no está en el presupuesto.

Emilia: Aja

Lesby: Tener el presupuesto nacional de ninguna región

Emilia: Ni mental (ja, ja, ja)

Lesby: Más que tal vez para epidemiología en la región hay internet para vigilancia de la Salud por lo del Dengue

Emilia: Aja, aja

Lesby: Creo que solo ahí nada más, pero nosotros presupuesto

Emilia: Ahora cuando usted está hablando...eh, percibí...no dudaría que así fuera Usted está muy ... eh... satisfecha con los avances que hay con la calidad de los servicios que se le brindan a las personas que asisten a los CAI ahora eh, eh esta situación en si del CAI como modelo de atención a la persona de VIH eh quizás un poquito su, su reflexión en el sentido de es eso cuestionamiento que si hay la relación si es la mejor forma de atender al paciente de VIH como fue visto en su... inicio cómo ha evolucionado eso y de qué manera usted ve que se enfrenta esa situación cuando

sale de esa burbuja de cristal en la que se encuentra el paciente y tiene que vérselo con la situación real que tiene que enfrentar cualquier persona, pero también eh... quizás son muchas preguntas pero todas están vinculadas en cómo es visto ese tratamiento especial que se le da al paciente de VIH por otras personas que asisten a los servicios de salud y como eso ha generado y está generando una situación, bueno, difícil que... haya que enfrentar un poquito si la óptica.

Lesby: Si ha sido no es tan bien visto por el personal de salud donde cuestionan no eh... si ellos se infectaron siendo promiscuos porque tantos privilegio, pero.

Emilia: Yo creo que eso va mejorando ha disminuido muchísimo en ese sentido

Emilia: Ya

Lesby: más...

Emilia: A lo largo del tiempo

Lesby: A lo largo del tiempo de los años; más yo lo veo vinculado con el empobrecimiento de los servicios de salud en general.

Emilia: Ah o sea que a medida que los CAI han querido mejorar los servicios en general, han venido en general que hay muchas carencias, hay muchas debilidades en los servicios, falta de medicamentos

Emilia: Sobre todo

Lesby: sobre todo falta de medicamentos, falta de pruebas de diagnostico ¿eh en general o especiales, serias, serias se arruina una máquina para hacer una química por ejemplo se arruina porque no han pagado o porque son concesionada con los insumos, dan la máquina

Emilia: Del equipo

Lesby: El equipo hay que comprar los reactivos, no hay presupuesto tienen un año de no pagarles, levantan la maquina y se la llevan

Emilia: Claro, claro entonces ha habido medio deterioro en la respuesta en general

Emilia: Ya, ya que es ese otro problema, pues que esto como surgiendo

Lesby: Ellos vienen, ellos están en esa burbuja porque lo vimos en eso, porque aparte de eso de calidad de servicio

Emilia: Aja, aja si

Lesby: Vienen de esa burbuja y se enfrentan y aparte de eso son personas integrales del cual se enferman de cualquier problema de salud, el CAI no puede dar respuesta y una persona debe de acudir a otros servicios todos en las partes en los servicios en los CAI donde hay hospitales pequeños en los Centros de Salud porque

por ejemplo en el Tórax donde hay servicios de consulta externa de hospitalización pues pienso en el hospital Escuela no se enfrentan y todo...

Emilia: Es facilito porque están en área de hospitalización y las interconsulta e interferencias eso hace que los problemas sean resueltos ahí mismo hay como una especie de canal de horizontalidad en los servicios.

Lesby: Hay, hay en los servicios

Emilia: Hay en los hospitales

Lesby: Hay eso y ahí mejorar pues ya, si pienso que ha visto mejoramiento en la calidad de los servicios.

Emilia: Ya, ya, ya

Lesby: Usted ve los indicadores por ejemplo de adherencia de sobre vida a 12 a 24 años eh de arriba del 90% que un promedio anda del 90% sobre vida.

Emilia: Ya, ya ha habido preparación y capacitación de los médicos de la base de atención que a las personas con VIH buscaban médicos generales

Emilia: Si, si, si

Lesby: Con médicos generales que han sido entrenadas en servicio como Elsa Palaou, la mayoría casi todos han pasado en tutorías presenciales.

Emilia: Por las manos de Elsa Palaou

Lesby: Por las manos de Elsa Palaou

Emilia: Aja, aja

Lesby: Porque ella se ha encargado de prepararla y mas es un requisito para estar en un CAI

Emilia: Es un requisito para estar en un CAI verdad?

Lesby: Es un requisito que pase por ese medio de información no solo los médicos sino el resto

Emilia: El resto del personal

Lesby: El resto del personal que va a estar también en la Psicóloga, la farmacéutica, la Enfermera, La Trabajadora social

Emilia: Da esa información

Lesby: Pasa por eso por el tórax y por el Hospital Escuela

Emilia: Con el Dr. Bú

Lesby: Efraín Bú se acaba de reintegrar el estuvo todo estos años fuera del CAI

Emilia: Ah, porque estaba en el Seguro Social

Lesby: Porque estaba en el Seguro Social, claro y ahora hasta hace poco acaba de asumir otra vez y hace poco acepto hacerse cargo del CAI

Emilia: El estuvo anteriormente

Lesby: Como director del Seguro

Emilia: Si

Lesby: Y regresó al área de infectología pero no del CAI

Emilia: Entiendo

Lesby: Sino que no lo manejaba Melissa, Melissa

Emilia: Y antes que ella estuvo Edna Maradiaga

Lesby: Estuvo Edna

Emilia: Si, recuerdo

Lesby: Y cuando la iban a re contratar al parecer no fue re contratada

Emilia: Edna

Lesby: Edna, si es que está pendiente con su tesis

Emilia: Si, supe de eso porque ella metió el esfuerzo pero no dio tiempo

Lesby: Fue hasta hace poco que nos dieron la noticia

Emilia: Si, si fue por culpa de eso, pero, pero es decir es interesante esa diferenciación que hace usted, bueno esas dos cosas mucho mejoramiento en la calidad y esa particularidad de los pacientes que acuden a los CAI dentro de los hospitales que tienen esa facilidad horizontal que de repente no lo tienen, yo he estado ponderando, yo he estado haciendo un estudio con personas viviendo es decir estas cosas de la entrevista y de los grupos, eh si el hospital Escuela es un referente, pero estamos pensando si hacerlo comparativamente con el Hospital San Felipe o con el Centro de Salud Alonso Suazo porque tienen particularidad distinta en el San Felipe no hay CAI es en el Tórax Emilia: Bueno cuando yo digo San Felipe es en Tórax si, si, si o si valdría la pena hacerlo en el centro de Salud Alonso Suazo por el hecho de no ser hospitalario y ver la diferencia

Lesby: Seria interesante... bueno solo puede tomar dos sitios

Emilia: No es que no puedo es que yo estoy queriendo no hacerlo, hacerlo en esta vida

Lesby: Hacerlo natural no hacer sobrenatural (Ja, ja, ja)

Emilia: Si exactamente

Lesby: Si siempre me gustaría hacerlo esas dos diferencias a nivel hospitalario

Emilia. En los hospitales

Lesby: todavía lo estoy pensando esas diferencias entre uno y otra obviamente conocer que pasa a nivel hospitalario entre los dos hospitales todavía lo estoy pensando

Lesby: donde se establecen esas dos diferencias entre uno conocer lo que pasa a nivel de Cesamo y Centro de salud, es fascinante nosotros fuimos el primer Centro de Salud que empezó con el PRAIM, yo empecé con esto hace 6 años y yo les decía, miren cuando íbamos a empezar 6, 7 y 8 años cuando se iba a empezar a dar otros antirretrovirales y decía prepárennos a nosotros, prepárenme e invítenme.

Emilia: Ja, ja

Lesby: Invítenme porque nosotros vamos hacer la plataforma

Emilia: Si, si, si

Lesby: Para todas esas personas que van a llegar a los Hospitales

Emilia: Claro, claro

Lesby: Para trabajar en la parte de adherencia

Emilia: Aja, aja

Lesby: Para ayudar en esa plataforma comunitaria

Emilia: Aja

Lesby: En San Pedro no me consideraron

Emilia: Le creo, le creo no la consideraban

Lesby: hasta que Caritas tenía un proyecto de grupo y autoapoyo

Emilia: Ya:

Lesby: Entonces me lo llevan y me lo plantean, entonces les digo saben una cosa

Emilia: Yo quiero ir...

Lesby: Yo quiero, mi sueño es que a nivel de CESAMO haya un lugar donde podamos brindarles atención diaria a las personas con VIH

Emilia: Que no tengan que ir al hospital ¿Que barreras tiene en eso Lesby? No sé, no sé yo no sé cómo me imagino era la novedad, yo no sé, ha sido, no siempre he estado como le diría en todo a lo que compete a nivel a donde están los niveles informativos y generalmente a mi me han jalado personas que han reconocido mi trabajo o por amistad en el caso de Mayté.

Emilia: Como no

Lesby: Mayté me pasaba llamando y me decía ¡me encanta su visión! Me encanta como usted tiene la visión de ver las cosas que van más allá, pero no sé si en ese momento porque la agencia en ese entonces empezaba apoyar pequeños grupos de trabajo

Emilia: Pero nunca ha sido visión o sea que se vean los organismos gubernamentales

Lesby: En ese, en ese

Emilia: En la posición que usted mira

Lesby: En ese entonces obviamente después hubo de los niveles regionales

Emilia: Aja

Lesby: Ya cuando surgen los dos CAI yo los planteo los presiento y estaba Rolando Pineda obviamente a cargo de la Unidad de su literal apoyan nuestra iniciativa

Emilia: Eso fue en el año

Lesby: Eso fue en el 2004

Emilia: Aja

Lesby: Empezamos en el 2005, en el 2005

Emilia: Pero en ese momento que se inicio dice usted que fue difícil

Lesby: Porque a través de este proyecto de Caritas

Emilia: Entonces lo tomo como una primera opción

Lesby: Yo tengo una idea bien clara

Emilia: Aja podemos construir una clínica para personas con VIH, 2 Centros de Salud

Emilia: ¡Claro! Estamos hablando del 2004, pero eso digamos a través de esa primera experiencia como que cobra legitimidad y ya después se piensa que si es factible

Lesby: Que si es factible la primera experiencia de nosotros fue la primera del país luego empezó el Miguel Paz Barahona, nosotros cuando vimos nos decían todos los ojos están encima de ustedes a ver como les va, como les va Emilia: Pero este es el primer CAI que está o no es el primer CAI que está en el hospital

Lesby: Es el primer CAI que no estaba en el hospital, si porque ya estaba el del Tórax y el del hospital Escuela, si porque ya estaba el del Catarino Rivas

Lesby: Era el primer CAI que no estaba en el hospital

Emilia: Si, si, si eso es por si decirlo un mito, en un momento visualizarlo de cualquier manera, pero que regresando a esto de la integralidad ¿Cómo usted piensa esto de la misión? ¿Por qué?, eh?... vamos, yo coincido con los que dice ¿me entiende verdad? La visión suya va mas allá como usted visibiliza esa amplia y no tan amplia visión que ha marcado la pauta de la visión que ha marcado digamos la pauta de la visión de cómo los servicios de este caso a través de los CAI han podido darse y han sido una visión o una situación más marcada por las construcción económicas o por la visión de las personas ¿Cómo ve usted eso? Bueno porque las construcciones económicas siempre están

Lesby: y digamos que esas son las facilidades que hemos tenido Emilia: Digamos usted se hace una constante

Lesby: Hemos tenido esas constantes todos estos años, tener esas posibilidades económicas de irlo ampliando, pero también ha habido visión de las personas que han estado eh, la vieron como una posibilidad desde inicio o sea de venir implementando así y que déjeme decirle que creo que es uno de los pocos países que tiene tantos Centros de Atención Integral para personas con VIH con dispensa de antirretrovirales y eso sería bien interesante poderlo relacionar con otros países, ver cómo andan con relación a Centro América porque estoy segura que es el único país que presenta esta estructura, esta oferta de atención integral ¿verdad? Con tanto CAI dando los servicios por médicos generales

Emilia: Aja, aja

Lesby: Entrenados donde se consigue inclusive se consigue desde el inicio, inclusive desde el inicio de una epidemia en una forma tan reducida o una forma tan concentrada donde solo un infectólogo podría manejar una persona con VIH

Emilia: aj, aja, aja

Lesby: Luego viene de una forma exponencial aumentando el número de médicos que si eran capaces de atender personas con VIH tanto con antirretrovirales porque aun así manejar antirretrovirales es una forma como ejercer poder de privilegio y hasta lo reconozco que yo misma he tenido temores para extender la atención con antirretrovirales al resto de las Unidades de Salud sobre todo específicamente a las embarazadas que reciben profilaxis por un tiempo determinado

Emilia: Si, si

Lesby: Y aun así yo siento temor de que los médicos tan responsables, tan capaces.- Yo creo que ese mejoramiento de calidad tiene que ver con esa fácil que hemos tenido Emilia: Aja, aja

Lesby: Eso es ayuda externa, verdad? Permanentemente por todos estos años, pero que también ha tenido que ver con las personas que han estado conduciendo este proceso y uno no puede dejar de pensar toda, toda la influencia que han tenido todas las organizaciones de afuera

Emilia: Ya

Lesby: Le explico, ONG aquí mismo la demanda no sé yo necesito el Centro de Salud Integral por allá abramos ese servicio de salud integral, eso habido esa apertura, esa apertura

Emilia: Y digamos el flujo la captación con las madres embarazadas con VIH digamos con ese flujo como se dan, digamos cualquier Centro de Salud que no tenga de ahí quedan remitidos al CAI

Lesby: Quedan remitidos al CAI al inicio antes, ahora la profilaxis es con quiso terapia a finales del 2008, esta profiláctica o se profiláctica con tres antirretrovirales antes era monoterapia ¡verdad!

Emilia: Si

Lesby: Cuando se daba monoterapia si damos el medicamento a los Centros de Salud

Emilia: Ah, aja.

Lesby: Le dábamos en esta semana lo estábamos monitoreando un medicamento realmente era la Enfermera Profesional que estaba a cargo de ese medicamento AZT, pero cuando empezamos con antirretrovirales la norma exclusive, la norma nacional dice que las profilaxis debe de ser recibida en los Centros de Salud.

Emilia: Si, si claro, como ahora es la quiso terapia.

Lesby: Aun así dice.

Emilia: Aun así dice empecé, porque en eso surge el fortalecimiento del CAI en el Alonso con unos médicos, con los médicos súper comprometidos y entonces empezamos a promocionar el CAI a los Centros de Salud y nos empiezan a mandar las embarazadas pues está centralizado la dispensa de antirretrovirales, está dispensado al país porque en función de su integralidad y tratando de ver esa persona, esa embarazada como una persona integral, verdad? Que esa persona no solo una persona que a la cual estamos previniendo VIH a su bebé entonces se queda en el CAI, el CAI para ser toda esa evaluación virológica de adherencia entonces se queda en el CAI, se queda, ya una vez después del parto.

Lesby: Después del parto y durante el embarazo se queda inclusive en algunos momentos el médico hace el corte prenatal o enviamos al Centro de Salud

para que haga el control prenatal nada mas, pero es servicio de antirretrovirales y todo lo demás se hace desde el CAI.

Emilia: Ya, ya

Lesby: Eso no nos ha permitido a nosotros tener un aporte de embarazadas, nosotros llevamos un aporte tipo como se manejaba como el de la tuberculosis por ejemplo

Emilia: si,

Lesby: Hay un aporte, si entro Lesby Castro, por ejemplo, Lesby cuantas semanas de embarazo tiene, cuando cumple las 28 semanas, cuando debe iniciarse con las autoridades todo, todo.

Emilia: Una carpeta única por así decirlo de la persona, si yo le hiciera una pregunta Lesby, a ver, como seria la labor de un organismo malicioso? Es como ser abogado del diablo es decir, si ok perfecto, hay avance, hay calidad, hay visión ta, ta, ta quizás un poco diría con lo que a usted le hace falta ¿cómo vería usted de una óptica amplia mas integral? ¿Qué nos está haciendo falta y si usted nos explicaría en términos más allá de las experiencias y económicas con lo que tenemos actualmente que podríamos estar haciendo, que no estamos haciendo?

Lesby: A mí el tema de Atención Integral lo primero que me preocupa será los recursos, será los recursos de la persona que brindan este tipo de servicios.

Emilia: La estabilidad

Lesby: La estabilidad laboral de ellos ¿por qué?

Emilia: No todo el personal de Salud quiere y es sensible al tema de VIH, no todo los médicos son sensibles, no todos los médicos están disponibles a este tipo de información junto con el fondo global, se establece procesos de evaluación al personal contratado con fondo global, entonces de alguna forma ah... se da ese proceso de monitoria al personal de que ya trabajó , entonces ese es un personal capacitado entregados y sensibilizados, pero que en este momento hay mucha inestabilidad , muchísima estabilidad de que va pasar cada 3 meses ellos se preguntan qué va a pasar, usted dice solo hasta fin de año que está garantizado

Lesby: Esto es algo que hay que hacerlo inmediatamente que pasa con ese grupo personas de salud brindan atención en este momento

Emilia: O sea trasciende con mucho, con la posibilidad de extracción de la institución como tal

Lesby: Eso tiene que tener un rol ahorita protagónico en lo que va de este año, en lo que resta del año.

Emilia: Si, si

Lesby: Eso no sé cómo se ha avanzado en eso, eso no lo sé.

Emilia: Aja

Lesby: Ya no solo es rumor que se va a contratar, que se va a entrar a concurso a lo que corresponde por ley al personal de los hospitales por un lado, por otro lado que se debería estar haciendo? También en este contexto hay bastante acceso a diagnóstico, a pruebas todavía la carga de edad es un elemento esencial en la condición de vida de la persona con VIH es extremadamente concentrada, yo digo extremadamente porque una persona maneja la política de diagnóstico en este país, una persona

Emilia: Cuando usted dice política de diagnóstico o estrategia de diagnóstico, por no decir política...la definición de casos?

Lesby: Diagnóstico laboratorio, diagnóstico laboratorio es una persona que aunque ha habido en los últimos años indicios de que no hay alguna armonía en la votación de insumos de pruebas, aquí se les da pruebas, aquí no se les da, yo quiero que hagan esto, no quiero que hagan esto, no ha habido en el país, no hay

Emilia: Mas de una persona

Lesby: Mas de una persona

Emilia: ¡guau! me pregunto qué pasaría si le sucediera algo a esa persona

Lesby: Pero no es porque, no es porque como le daría, porque esa persona no permite, porque esa persona no lo permite, como la sesión de ese privilegio... entonces nadie ha podido, es una barrera nadie ha podido.

Emilia: Pero la jefatura?

Lesby: la jefatura del programa nacional, una jefatura que esta como paralela no arriba porque el laboratorio nacional de VIH depende de vigilancia de la salud, no depende del programa nacional

Emilia: Claro no, pues si estamos hablando de la misma institución, pero cosas separadas, cosas separadas de que hayan, no hayan las pruebas para ser cargas virales por ejemplo en este país, San Pedro Sula debería de tener otros centros para hacer cargas virales y no tener que enviarlos, se traen todas las muestras, hay, hay hasta acá entonces es algo para hacer donde hay un control de que no se dé, que forma sobre las pruebas de VIH aunque las pruebas de VIH se han descentralizado de la región, la región tiene que comprarlo hay una porción de pruebas que lo dan donantes con el fondo mundial entonces esa porción de pruebas entra al laboratorio central de VIH de ahí se centralizan de ahí

Emilia: Ya, ya, ya

Lesby: si quiere esa persona nos da, si quiere, si está de buen ánimo, si le parece

Emilia: No hay entonces una forma de poder en donde estaría la traba de eso en la estructura amplia

Lesby: Habido como la fundación inclusive de tratar de apoyar al país, ver cómo, como esto se mejora como a través de indicadores, indicadores mundiales

como por ejemplo manejar el acceso a las pruebas , esto se fortalece , pero hay una traba no se si no es impreso, profesional de poder, pero hay una traba

Emilia: Claro, pero eso es arriba a nivel gerencial no están dadas las condiciones tampoco.

Lesby: No están dadas las condiciones porque hay autoridades, hay un director general de salud en tema de promoción y prevención depende del programa nacional

Emilia: Y depende de la programación Vigilancia de la salud

Lesby: Vigilancia de la salud donde pueden ser esto

Emilia: Que entonces no será fluida la información para tomar decisiones

Lesby: No sé si es por falta de información, yo no sé son aguas tan profundas

Emilia: Ya, ya, ya

Lesby: Pero esa es una cosa que se puede resolver, Emilia, Pero la influencia es la atención integral de la que estamos hablando

Lesby: Claro obviamente, obviamente

Emilia: Aja

Lesby: No tener acceso a pruebas específicas como meno tipo por ejemplo países que todos se irían a Panamá para vigilar la resistencia que es algo ya que el resto de países lo hacen de forma rutinaria

Emilia: Si, si

Lesby: De forma rutinaria nosotros tenemos que seguir un protocolo porque son pruebas carísimas

Emilia: Si, si

Lesby: Pero que debería de tener mucho mas acceso solo se pueden hacer de 3 a 5 al mes que es algo que usted...

Lesby: Cualquier literatura internacional que dicen, si usted va a cambiar antirretrovirales entonces lo recomendable es que si está pensando en ocasiones hay este tipo de tipeaje, en lo tipeaje...

Emilia: Esto en ocasiones hay que enviarlo

Lesby: hay que sacarlo hay que seguir protocolo aquí, si para ver quien clasifica y quienes no para hacerlo

Emilia: para ver como se traduce en una dificultad, cambios en tratamientos de tiempo pueden costarle la vida o que se yo generar resistencia o que se yo

Lesby: Son cosas que el país todavía no tiene condiciones de este tipo

Emilia: Sabe usted dentro de las necesidades bueno eso es otro tema no, las necesidades de investigación que se documenten con este tipo de cosas, por supuesto que si no hay

Lesby: No hay más de lo que hace dentro de la sala en la Universidad en Epidemiología bien con su equipo con todos los estudios de investigación de resistencia

Emilia: Claro

Lesby: Pero otro tipo de investigación sería nada mas como tipo gerencial , otro tipo de investigación desde cuando yo sé que no hay otro de investigación en el país, mas ese de CDC Multicéntrico y con el estudio de Vigilancia de Comportamiento

Emilia: Hubo un llamamiento de repente usted dice para la agenda de investigación en VIH

Lesby: No, no de donde fue el llamado de la Universidad

Emilia: De la Universidad y de la dirección de investigación científica

Emilia: Ya, si

Lesby: Entonces ese es otro campo que nosotros no nos quedamos atrás

Emilia: Si porque quizás indicadores hay en relación como explicarlo porque las personas se complican y no... el nivel de vida se ve afectado, se ve explicado atrás con lo que usted está hablando

Lesby: Hay un curso de VIH desde una Universidad que está vinculado con el gobierno de España está apoyando técnicamente a todos los países de América latina y muchos médicos del CAI lo están recibiendo lo están tomando por lo menos, es una forma teórica de, de, de enterarse del manejo de pacientes, habla, tiene ocho módulos muy amplios

Emilia: Estamos hablando de la atención clínica

Lesby: Se basa básicamente de la atención clínica, pero los vericuetos de índole gerencial por ejemplo el que usted me menciona es una cuestión eminentemente gerencial, podríamos decir

Lesby: En el PRAF tendría que entrar algunos directores generales pasantes de programas, pasan directores de vigilancia y la situación sigue la misma.

Emilia: Durante años.

Lesby: Durante años, entonces no se, hay un poco de.... Ha cedido un poco en el hecho de que nosotros hagamos el L4 que ha cedido pero no es la forma de...

Emilia: No es lo que necesita.

Lesby: Es como una epidemia lo que tenemos como una estructura sanitaria como la que tenemos, como una oferta del CAI como la que tenemos como para las cosas se den de esta manera.

Emilia: Se conviertan entonces en un cuello de botella.

Lesby: Es un cuello de botella.

Emilia: Aja, aja, aja.

Lesby: Por información tenemos que utilizar los, los asistentes para que nos den información.

Emilia: Ya, ya.

Lesby: Es una cosa...

Emilia: Si, si un problema.

Lesby: Que complican verdad por esa parte es algo que hay que hacer.

Emilia: Si, si.

Lesby: A cuantos CAI si son 34, si son suficientes, pues no se.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Si para un país como el nuestro es bastante.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Es bastante.

Emilia: Si, si.

Lesby: Es bastante, entonces no sé porque motivo de devaluación.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Que cobertura estamos dando en este momento, que está representando y que tan eficientes hemos sido, hemos llegado a 34 CAI.

Emilia: Quizás un poquito aquí la idea, queda bastante claro la película cuando usted dice el nivel de mejoramiento, de preparación del médico de esa forma como adentro de los países me hacen sentir pero eso vinculo con exterior y cuando digo con el exterior me hace sentir, pero con la necesidad de esos servicios comunitarios y familiares ¿ que se podrá hacer ahí digamos porque se cuenta con Psicólogos, trabajadores Sociales que no se si suscribe a una labor directa con el paciente o va mas allá con la comunidad.

Lesby: Es una labor directa con el paciente o va mas allá con la comunidad, es una labor directa en un 100% con los familiares parcialmente porque las condiciones de una persona con VIH es diversa desde el punto de vista familiar comunitario.

Emilia: Si, si.

Lesby: Hay desde lo que cuenta a su familia o los que ocultan verdad, entonces es diversa, allí surge la ayuda de autoapoyo, que han ayudado, han ayudado, pero entiendo que esos grupos han funcionado sin ninguna claridad, en realidad no se cual es el propósito u objetivo de formar esos grupos, muchos se han consolidado tienen muchos miembros, entre esos grupos han integrado a las familias, mientras que uno surgen y desaparecen.

Emilia: Si.

Lesby: Surgen y desaparecen porque ha habido influencias de otro tipo, donde ha habido de otro tipo, un poquito distorsionado la verdadera naturaleza de los grupos entonces ahí...

Emilia: Quizás cuestiones de proyectos económicos.

Lesby: De proyectos que han ingresado muchísimos.

Emilia: Quizás aquí un poquito en el terreno que ya quisiera su opinión.

Lesby: De repente usted me habla de accionar y profesionalizar dentro del CAI, de los grupos de autoapoyo y de la asociación que vinculo, existe entre esto y esto como la institución media para que estos grupos tengan una direccionalidad, tengan una funcionalidad mayor, tengan una eficiencia mayor, tengan claro papel que puedan cumplir o sea de qué forma se dan, o sea el vinculo, o sea el vinculo hasta donde yo pueda hablar con los de Tegucigalpa.

Emilia: Si.

Lesby: Si nada más y en el Alonso Suazo tengo yo uno abajo cerca, hay un vinculo que se da, depende de que tan involucrado esté este Centro de salud, el cual debería de ser el rol de que grupo de autoapoyo.

Emilia: Existen las normas.

Lesby: Esto está, yo no la he leído en ninguna norma igual y no sé si se estará trabajando, porque entiendo se estaba trabajando con unas normas de atención integral.

Emilia: Aja.

Lesby: Pero yo no lo he leído como una normativa, yo no lo he leído ¡verdad!

Emilia: Pero cuando usted me dice se está trabajando, pero hay normas de atención integral.

Lesby: No hay normas de Atención Clínica.

Emilia: Es decir pero se llaman normas de atención clínica, no es decir, pero se llaman normas de atención integral, pero son normas clínicas.

Emilia: De eso estoy hablando, eso es el trasfondo que hay de revelarse Lesby.

Lesby: Exactamente.

Emilia: Hasta donde hay normativas de atención integral, ¿A que se le está llamando normativa de atención integral o si este vínculo, los profesionales con la comunidad ya sea con grupos de autoapoyo con la misma asociación de personas se dan desde un poquito por ahí va la inquietud de la pregunta.

Lesby: Yo creo que esto se da de diferentes formas, cada quien vive de diferentes formas es que eso es tan particular porque en primer lugar no ha habido una normativa que diga hay un componente a nivel comunitario del momento inclusive, yo estoy hablando del 2008 donde hay algo escrito la normativa donde diga cómo va a ser esa relación de equipo de un CAI con el grupo de autoapoyo todo se ha dado bajo líneas estratégicas no a través de normativas.

Emilia: Es decir que cuando usted me dice están las normas de atención integral.

Lesby: Hay normas de atención clínica para el adulto y hay normas para manejo del niño clínico.

Emilia: Eso no es Atención Integral.

Lesby: Eso no es Atención Integral.

Emilia: Pero se llaman normas de Atención Integral.

Lesby: Se llaman normas de manejo clínico.

Emilia: Aja, ¿pero no hay Normas de Atención integral?

Lesby: No, de manejo clínico que se escribieron ya hace años.

Emilia: Si.

Lesby: Y se están revisando entonces ya no sé si a eso le están llamando Atención Integral o Atención Clínica ¡Claro! No sé si esta nueva relación incluye todos elementos.

Emilia: Aja.

Lesby: No se.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Porque no lo han considerado a nosotros lo han hecho realmente con los médicos como el infectólogo, con otro médico realmente no sé.

Emilia: A ver si hablamos de atención integral y yo pregunto que es Atención Integral.

Lesby: Es la pregunta que es un paquete de la serie de servicios dados desde una institución llámese CAI, llámese hospital donde podremos brindar atención a una persona, a la persona misma en todos los ámbitos como persona humana que es, o lo estoy consiguiendo desde, desde dentro y fuera del CAI, dentro y fuera.

Emilia: Pero se habla, eso se discute.

Lesby: Eso se discute y se habla, pero no está escrito le digo que siempre ha habido como líneas estratégicas para trabajos con los grupos de auto apoyo.

Emilia: Aja.

Lesby: Parte del rol las Trabajadoras Sociales... Eso está escrito, es decir está escrito, cuando usted dice estrategias.

Lesby: Eh, eh, debe de estar escrito, no sé, no le he leído, pero debe de estar escrito, no puedo preguntarle a la Trabajadora Social tiene escrito los grupos de auto apoyo o es parte de su formación profesional.

Emilia: Aja.

Lesby: Conocer que es un grupo de auto apoyo ¡verdad! Es que con esto de Atención Integral hay tantos procesos que por ejemplo desde nivel Central, se reúnen, se han reunido con las Trabajadoras Sociales, se han reunido con los Psicólogos, se reúnen con los Médicos Asistenciales, se reúnen con los Farmacéuticos desde Nivel Central sabe que la Unidad de Nivel Central ha sido la Unidad Vertical que ha tenido el Programa Nacional, es la Unidad con la Visión más vertical construida desde Melisa Lazo, con una verticalidad de persona entonces increíble que se terminaba diciendo era necesario la verticalidad para poder determinar esos casi solo dependiendo de nosotros del Nivel Central directamente a los casi es que nosotros podríamos garantizar que funcionar.

Emilia: Aja.

Lesby: Entonces que paso los casi se convirtieron en islas

Emilia: Si

Lesby: En islas dentro de los hospitales y de las instituciones de verticalidad.

Emilia: Pero cuando usted me habla verticalidad dentro del programa nacional al CAI.

Lesby: Del Programa Nacional al CAI sin pasar, por niveles Regionales, por Directores Regionales, inclusive por directores de Hospitales estaríamos hablando como una paralela como así decirlo directamente del Programa Nacional acá CAI, y CAI que era atendido por personal contratado por Fondo Global sin ninguna vinculación con el gobierno, todavía más aislamiento y parálisis marcado

Emilia: Y rechazo de repente

Lesby: Y rechazo del personal por supuesto que si considerado por el mismo director del hospital.

Emilia: Claro porque mejores condiciones, mejores instalaciones, mejor salario, mejor atención a los pacientes y el resto de los mortales

Lesby: Eso que verdad, eso en su momento se critico, yo tenía ese CAI es de Fondo Global

Emilia: Aja, aja, aja.

Lesby: Por favor todos los informes van a pasar por el Fondo Global, nosotros nos deberíamos de enterar de todas las reuniones, debemos participar en los proceso porque a la hora de rendir cuentas lo hacen a través del Programa Regional es una lucha de todos estos años, ¡claro! Que obviamente ha sido reconocida.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Actualmente por la persona que está ahí y todavía tiene unos años.

Emilia: Estigios

Lesby: Estigios de verticalidad y le digo Sandra te llamo al orden voz mandaste directamente, Sandra voz estas pidiendo que te lleven esa base de datos a la cúspide directamente al estigio como medica asistencial del CAI, recuerda como es el flujo de la información, el flujo de la información debe seguir, el flujo establecido a nivel nacional, todo fluye a nivel a nivel regional a nivel nacional, es imperdonable que no se que, o sea ella es...

Emilia: Automáticamente ella lo hace porque lo hacen los demás del CAI.

Lesby: Porque lo hacen los demás del CAI y lo han hecho los de la Unidad.

Emilia: Pero en el caso del Alonso Suazo no surge del fondo global es del CAI.

Lesby: Ese fondo no, pero le contratan los médicos y les dan los medicamentos.

Emilia: ¡Ah ya! Claro, claro, de alguna forma.

Lesby: Y la segunda forma la construye el fondo global.

Emilia: Dos jefes por así decirlo.

Lesby: Lo construye eso.

Emilia: Eso ha sido subsanado.

Lesby: Si, si quedan esos vestigios nada mas.

Emilia: Pero hay que estar insistiendo y recordando.

Lesby: Pero en el resto del país está, está verticalidad como el de la película estoy casi seguro existe esa verticalidad y que el CAI se ha enfrentado, y una, de los, de los que les diré de los elementos de los problemas de la situación que analizo en esa plataforma política, fue ese punto.

Emilia: Y que me apuntó él...

Lesby: Bueno.

Emilia: Digo yo porque las personas que menciona usted estuvieron anteriormente.

Lesby: Estuvieron.

Emilia: Pero hay, es decir qué tipo de... vamos un poco de la reflexión que llevó a eso.

Lesby: Bueno, esa es la justificación que dan.

Emilia: Que era necesario en ese momento.

Lesby: Que era necesario en ese momento, y era necesario si a través de los hospitales y de las regiones las cosas podían y no podían funcionar, tenía que dar respuesta a todas las personas con VIH/SIDA ¿está institucionalizado?.

Lesby: Si, yo digo que están en proceso de institucionalización.

Emilia: Aja.

Lesby: Están en proceso de reconocimiento también.

Emilia: Aja.

Lesby: Del resto, del resto de la estructura al cual pertenece ese proceso de reconocimiento, ese proceso de involucramiento ¡verdad!

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Sobre todo ahorita que cuando eso sea asumido por el gobierno y personal de Salud, espero que así sea ese reconcomiendo se va a dar aun mas de una forma más eficaz ¡verdad! Pero si está ese proceso la gente, el director del hospital que dentro de ahí tenía un CAI, pero que no sabía nada de él.

Emilia: (Ja, ja, ja,) no sabía nada.

Lesby: El hospital por ejemplo él, él, el jefe del Depto. De Gineco-obstetricia por ejemplo de materno infantil, sabe que hay un CAI, que hay embarazadas con VIH, que las tiene embarazadas con VIH.

Emilia: con el CAI.

Lesby: Si, pero no tienen ninguna vinculación con el CAI, no tiene esa vinculación de referencia contra referencia, no sabía nada estamos en ese proceso de institucionalización.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: De hospitalización, de reconocimiento ese es un servicio más que atiende a la población específica con una atención diferenciada, pero que es parte de ese staff.

Emilia: Pero esa, esa, esa incisión de los servicios que dice usted, que está en proceso de mejoramiento y que se hablaba, y que se veía era necesaria para que pudiéramos comenzar esa etapa, ¿cuáles son los valladares, los obstáculos que está teniendo para institucionalizarse?.

Lesby: Bueno, precisamente esa falta de reconocimiento Emilia porque si yo soy parte, si soy jefa de un Centro de Salud, pero yo no puedo identificar la necesidad que tiene ese CAI y no soy sensible obviamente no lo asumo como parte ¡verdad! De mi estructura entonces estoy enfrentando en algún momento si no se dar esa transición, esa institucionalidad cuando ya no esté fondo global, ¿Qué va a pasar con ese CAI? Va quedar ahí aislado solo, se va ir deteriorando, muriendo porque no va a ver apoyo local, ni regional, ni nacional sobre esa estructura estoy poniendo un escenario bien trágico no es así como se está dando, pero que si nos hemos enfrentado con muchos temores, tal vez yo diría un año a tras esa situación.

Emilia: Pero es decir no tanto pensando en ese escenario trágico que dice usted, en ese proceso que dice usted que va mejorando.

Emilia: Va ese reconocimiento, a esa institucionalidad, digamos cuales son los vicios que cuestan más, por si es que se han generado vicios, yo lo sé es decir que es lo que cuesta Que es lo que...

Lesby: Primero que lo que cuesta es aceptar que hay una atención diferenciada, donde hay un grupo de personas que tienen algunos privilegios ¡verdad! Porque como sea las persona con VIH tienen esa atención diferenciada, tienen un estilo de atención inclusive las horas medicas de los médicos la han cuestionado, es porque está atendiendo tanto paciente ¡verdad! Porque no miran el mismo número de pacientes que miran el resto de los médicos porque solo ven esto y probablemente ese medico en ese Centro de Salud es el que da los antirretrovirales, lo atienden, le da toda la consejería de adherencia, verdad?, le cobra si a caso porque hay una cuota,

Emilia: Hay un mecanismo de, de recuperación ¡verdad!, hay unos médicos en el carrizal que el mismo todavía daba como si fuera el trabajador social recibió.

Emilia: ¡Claro!

Lesby: Recibo.

Emilia: O sea ese ánimo de hacer la integración Integral.

Lesby: Integral.

Emilia: De parte de la persona medica.

Lesby: Exactamente.

Emilia: Digamos de 36 pacientes que ve un medico normal, cuantos ven en el CAI?

Lesby: El, él tiene las horas asignadas de un especialista aunque sea Médico General de 24 pacientes.

Emilia: 24.

Lesby: 24 pacientes.

Emilia: Ah, ya.

Lesby: Aunque sea un Médico General.

Emilia: En el sentido que realmente ve personas con VIH.

Lesby: Y eso quedó, quedó establecido en el documento de Monitoria y Evaluación.

Emilia: Ya, ya, ya, aja.

Lesby: Pero aun así como indicador ¡verdad!

Emilia: Si, si.

Lesby: Así se enfrentan a que deben de estar parte de un presupuesto.

Emilia: Claro, claro, claro.

Lesby: Si se enfrentan posibilidades de deterioro en la atención, en presupuesto.

Emilia: Si, si.

Lesby: Yo puedo hablar por mí y yo peleo por el presupuesto nacional, todos los años para que hable de CD4

Emilia: Si, si.

Lesby: Pero en el presupuesto de la Región no hay antirretrovirales

Emilia: O sea que usted en este momento está luchando por una aceptación institucionalizada , tanto en el punto de vista gerencial, por el hecho de aceptar esos flujos de compartir información que usted hablaba, como por el hecho que se absorba el presupuesto.

Lesby: Si.

Emilia: Que quizás ahorita es lo más transparente, es lo más incierto.

Lesby: Sobre todo la parte de recursos humanos de contratación, es la parte más incierta porque de algún modo con las formas, con las pruebas de diagnostico que ha ido asumiendo el gobierno.

Emilia: Quizás.

Lesby: Y lo de información por otro lado ahorita que lo menciona ha sido grave también ¡verdad! Informe del CAI a nivel central ¡verdad! Nada más.

Emilia: De repente puede ser variable dependiendo del lugar.

Lesby: Si, si o sea lo completo así.

Emilia: Quizás para finalizar porque ya he abusado demasiado.

Lesby: No, no, no yo puedo seguir platicando.

Emilia: Yo creo que deberíamos de programar otra, no y no lo descarto que de repente nos deberíamos de reunir de nuevo porque ahorita es una pensada.

Lesby: Quizás con otra información que pueda, que podamos revisar.

Emilia: Y yo también ir ubicando cosas más puntuales y profundizar, no lo descarto, pero si un poquito por lo menos para cerrar este capítulo por razones que el tiempo influye y que todo eh... y siempre regresando al tema de integralidad ¿Qué cree usted que con lo que se tiene se podría mejorar en áreas de la integralidad? Sin decir que ya está institucionalizado, sin decir que las cosas van a mejorar por recurso que es lo que usted cree que se debería estar haciendo y no se hace.

Lesby: Si primero es averiguar, siendo ahorita y aventurarse, esa vinculación con el resto de la estructura misma ah, ah a donde, pertenece a ese CAI ¡verdad!

Emilia: Aja, aja que quede establecido, pero es que, parte también es de la realidad.

Emilia: De eso dos mundos que todavía quieren más privilegios.

Lesby: Todavía quieren más privilegios y no de esa misma plataforma de carencia de ese mismo deterioro.

Emilia: Si.

Lesby: Ese empobrecimiento, la calidad de vida y la calidad de servicio.

Emilia: Usted siente.

Lesby: Que a mí me mata ¡verdad!

Emilia: En estos últimos años, no hablemos de la crisis del año pasado, pero sí de los últimos 10 años, usted siente que, que lleno de eclipse en calidad.

Lesby: En calidad, en calidad de repente no tanto verdad, pero si en, en que le dice en todo el paquete de servicio de medicamento de diagnóstico, de la misma estructura física de un establecimiento, eh!, veo más empobrecida las personas, las condiciones, o sea yo que los veo todos los días, veo la condición de la gente misma ¡ah! Como ha triplicado el número de la gente que llega a los Centros de Salud, entonces, entonces...

Emilia: Si.

Lesby: Las personas con VIH, se enfrentan a eso y sabe cuál es el problema de cómo habido todo ese proceso de empoderamiento de derecho de las personas mismas que para ellos es más difícil todavía asumir esa realidad porque ellas llegan en otra exigiendo sus derechos como personas con VIH

Emilia: Que debería ser el común.

Lesby: Que debería ser para todos, todos deberían llegar empoderados es decir yo tengo derecho a que usted me atienda.

Emilia: Si, si y me atienda bien o sea que esto.

Lesby: Y que me haga una citología, y que me haga una prueba que yo necesito y necesito un ultrasonido hágamelo o sea para ello es difícil es más difícil porque viene la denuncia.

Emilia: ¡Claro!, ¡claro!

Lesby: A, mire que no me atendieron acá porque están totalmente empoderados y sensibilizados.

Emilia: ¡Claro!

Lesby: Sobre sus propios derechos.

Emilia: Pero hablando de nuevo del tema de integralidad es un bono, es un extra que tiene el paciente de VIH que no lo tiene el paciente con el mismo trabajo que se ha venido haciendo.

Lesby: Por ese mismo trabajo y yo se los digo al personal de salud.

Emilia: Aja.

Lesby: Miren ustedes no se enfrentan como se enfrentan los hospitales a las personas con VIH con SIDA se atienden eso específicamente aquí, y acá, pero ustedes... ¿deberás? no se han enfrentado a lo que es a estar frente a personas de pie derechas y de mano derecha y no son maltratadas, entonces para ella todavía es una limitante, es una limitante, ¿porque es una limitante?, porque es una limitante para los HCH por ejemplo.

Emilia: Aja.

Lesby: Si yo puedo hacer alguna analogía.

Emilia: Si.

Lesby: Ellos han estado en un proceso de...

Emilia: De privilegios

Lesby: De privilegios si les toca asumir que son otras personas más, eso suena interesante.

Emilia: Eso es un servicio normal.

Lesby: Normal.

Emilia: Que no sea, tiene su pro y su contra.

Lesby: Que han asumido ellos, que ellos también son personas de igual, pueden esperar a que se les atienda a esos, estamos concluyendo a que ellos son persona que pueden pagar L.5.00 por una consulta médica y L.15.00 por un hemograma eh, eh, eso es uno de los retos que yo veo en sentido de la integridad ¡verdad! se ve por otro lado.

Emilia: Aja.

Lesby: Pero que la integralidad se ve por otro lado.

Emilia: Ja, ja, ja

Lesby: si.

Emilia: Un proceso interesante.

Lesby: Bien interesante

Emilia: Si, para poderlo comentar

Lesby: Si, bien interesante para verlo desde los dos ámbitos con derecho a la salud

Emilia: Si, porque de nuevo yo quizás ya para terminar en esa óptica de que usted habla en esa horizontalidad, los servicios de esa óptica hacia afuera, hacia la comunidad ¿Que diría usted, que se podría hacer con el personal de salud?

Lesby: Eso si lo veo, lo veo.

Emilia: Que se puede hacer.

Lesby: Yo creo que si hay algo que se puede hacer, inclusive hay personal de salud con mucha experiencia y otras Unidades de Salud y otras Unidades de Salud tienen la suerte de tener en su áreas y comunidades, organizadas, organizaciones diversas de ONG'S, organizadores en su comunidad, entonces participan muchísimo en su trabajo, entonces hay una... siempre hay, siempre hay desde las Unidades de Salud como se llamen posibilidades diversas de hacer trabajos comunitarios uno más que otros, uno más que otro ya sea que desde su origen de su Centro de Salud surgió de esa forma una gestión comunitaria, una cuestión coo participativa y que le es más fácil, mientras que otras nunca lo han hecho y resulta más difícil de las organizaciones que trabajan en sus comunidades y, y hay directores con la mística de ese, con esa participación de la parte comunitaria más que otra.

Emilia: Si, porque me llamaba la atención lo que usted mencionaba hace un ratito Emilia: las personas eh, el personal institucional está teniendo deficiencia en las comunidades, en la seguridad, pero vamos, está el recurso de la gente que llega así y ya organizada, entonces yo me pregunto será que se está desperdiciando ese

recurso, esa vía, de que el personal institucional se vincule con esos grupos que sin necesidad deben de ir a las comunidades, no sé yo si se está haciendo un poquito acá preguntarle a todos los que lo hacen, si hay quienes lo hacen.

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Hay quienes le hacen, yo igual vuelvo a referirme de referencia a Tegucigalpa ¡verdad!

Emilia: Aja, aja.

Lesby: Y hay directores que tienen años de ser Directores, pero lo hacen.

Emilia: Aja.

Lesby: Mantienen ese vinculo y que se ha ido, y que si hubiera un CAI probablemente lo hiciera y lo hacen en otro ámbito

Emilia: En otro ámbito que no fuera el VIH

Lesby: Y lo hace en otro ámbito de prevención

Emilia: Si

Lesby: Y de promoción de salud sexual reproductiva en los dos CAI de Tegucigalpa y el del Alonso Suazo, este es el Centro de Salud más grande de Tegucigalpa donde el 60% de los que llegan no son de Tegucigalpa.

Emilia: Si.

Lesby: Donde no se, él 60% de su área de su influencia es residencial.

Emilia: Aja.

Lesby: Donde llega el resto de Francisco Morazán y el resto del país, entonces el trabajo comunitario entre el Alonso es sumamente pobre.

Emilia: Aja.

Lesby: Es muy pobre.

Emilia: A pesar que hayan grupos.

Lesby: A pesar que hayan grupos y específicamente aunque hayan grupos de apoyo, entonces eso se da, eso si se da porque es un grupo de apoyo que ha mantenido por ejemplo, Cruz Roja y Caritas de Honduras que han ayudado a mantener con los grupos de apoyo, con los grupos de apoyo de micro empresa que no les fue nada bien, no les fue nada bien con las personas no lograron recoger el producto, ellos dicen que iban a recuperar un lempira, mentira de nada, no sé cuanto pero que era más la forma de ver, estimular eso obtuvieron, entonces el proyecto fue un fracaso a mí nunca me llamaron, no se los resultados pero sé que es un fracaso, no sé que de alguna forma ellos nos ayudan, nos ayudan ahorita se les está dando alimentos y esos alimentos logra también que la participación de estas mismas

personas y que puedan incorporarse pueden dar desde la línea, yo recuerdo que cuando yo era directora del Centro de Salud para mi, mi, como le diría, una de mis metas o una de mis líneas dado en el trabajo comunitario.

Emilia: Ya, yo sí.

Lesby: Porque habían fortaleza desde el nivel regional sobre el trabajo comunitario.

Emilia: Si.

Lesby: Pero la participación, ahora.

Emilia: Aja, Aja.

Lesby: Es muy escasa.

Emilia: Claro, claro.

Lesby: Es muy escasa entonces los Centros de Salud tienen dentro de sus indicadores hacer ese trabajo comunitario pero las condiciones ahora se han deteriorado como para eso.

Lesby: Se han deteriorado pero es algo que tenemos está ahí como plantee la plataforma, la atención integral eh, y que en otras regiones deben haber avanzado más que nosotros.

Emilia: Me imagino.

Lesby: A través de las otras comunidades.

Emilia: Obviamente, bueno a través de la plática que tenía permite ir como organizando, déjeme decirle que la primera entrevista que hago,

Lesby: Si,

Emilia: Si, porque como le decía el otro día había que había que ver una serie de cosas para tratar, tratar de no desperdiciar el tiempo y tratamos algunos ¡verdad! Sigo haciendo muy amplio en lo que hemos conversado ahora creo que permite una vez, creo sacar provecho eh, quizás identificar cosas es más específicamente sobre las cuales se irán dando, bueno con otras personas si usted me lo permitiera de nuevo con usted ¡verdad! Porque es inagotable el tema, estamos hablando de un periodo de tiempo muy grande una serie de cosas que se han venido dando y muy amplias también y de cosas que uno le quiere encontrar vinculo, creo que en proceso, también uno de los productos va a ser tratar de realizar algunos casos, pero si, si me ha sido de mucho provecho eh, tratar de ver hasta donde esos mismas debilidades que ellos sintieron por mi alejamiento o son impresiones compartidas también. Ahí también no ha sido de mucha ayuda entonces...

Lesby: No, igual yo reconozco mucha debilidad en muchos temas inclusive hasta ahorita que usted lo pregunta qué barbaridad han pasado años y realmente y como es trabajo nuestro se ha ido concentrando, concentrando.

Emilia: Si.

Lesby: A ámbitos tan específicos ¡verdad! Que antes teníamos como una participación tan desmejorante, tan incapaz de entender.

Emilia: Si, si.

Lesby: Que nos permitía ser mucho más allá de conocer más allá de lo cotidiano.

Emilia: Si, si.

Lesby: De lo que nos comprende sinceramente ya ignoraba que usted estaba así como también no tan participante ja, ja, como me ha tocado a mí también.

Lesby: Si cuando Usted me dice o Dios mío no se va a poder apoyar, si voy a ser la persona más adecuada precisamente por eso en nuestro trabajo está bien técnico.

Emilia: Si, si, pero está bien técnico eso, agrega valor de lo que vamos queriendo textualizar y que panorama, y que con la idea de que hoy lunes 20 de septiembre no es la última fecha.

Lesby: De acuerdo, de acuerdo.

Emilia: Vamos a dar por finalizado.

Lesby: Y para otras, traer algo que evidencie vamos a revisar también.

Emilia: Usted dice documentos.

Lesby: Documentos.

ANEXO M. ENTREVISTA # 2 JORGE FERNANDEZ. 3 DE NOVIEMBRE DE 2010

EMILIA ALDUVIN: Bueno, entonces con el gusto de estar aquí con el Doctor Jorge Fernández eh, en la oportunidad de conversar, eh en la medida en que su tiempo le permitiera Dr. eh me gustaría que tuviéramos una conversación abierta, abierta en términos pues de quien tiene muchísimo que contar, quien ha sido un actor fundamental durante los años primeros años y subsiguientes en el tema de VIH/SIDA, un referente nacional indudablemente eh, le explicaba yo, para contextualizar, que estoy procurando hacer un estudio que da cuenta de forma muy somera desde los primeros años del 84 para acá en Honduras pero con mayor detalle en la última década a partir del primer documento oficial de respuesta conocido como plan estratégico nacional y políticas nacionales en ITS/VIH/SIDA que fueron promulgados en el año 99 conjuntamente con la ley especial en el congreso. A partir de ese momento estoy procurando ser poco más minuciosa en, en, en el estudio de documentación: políticas, estrategias, planes, informes; indudablemente pues esto viene hacer complementando con algunas personas clave en el caso suyo pues de manera muy, muy general eh pues yo le haría una primera pregunta en el en el sentido de cómo valoraría usted eh todos estos años, verdad, de respuesta... altibajos, situaciones interesantes, a las cuales habría que hacer referencia siéntase usted en la libertad pues para referirse como usted quisiera sobre el tema.

Dr. Fernández: Muchas gracias me están pidiendo un juicio de valor sobre la epidemia en general y la respuesta nacional.

Emilia: Si, si, si.

Dr. Fernández: Mire eh, eh mire yo creo que el esfuerzo nacional ha sido sustantivo, ha sido importantísimo, ha costado creo que podemos parangonar lo que le ha costado construir esta linda edificación que tiene, no?, pero creo que si se ha hecho una inversión sustantiva en recurso financiero, el recurso humano ha sido formado, tenemos escuela muy buena en el tema, quizás ha hecho falta un poco en la facultad de medicina y seguir mas, pero en general yo creo que la epidemia nos atacó en una forma inusitada, en una forma explosiva, en una forma grosera y que tiene su explicación, en una forma de entrada múltiple del virus en un período de tiempo relativamente corto, tuvimos una curva explosiva pavorosa con el epicentro en el Valle de Sula, ese procedimiento pavoroso se perpetuó a lo largo en todo lo que restaba en los años 80 y prácticamente todos los 90 y cuando comenzamos a tener una, yo llamo desaceleración de la curva epidemiológica, habían calificado una curva explosiva y al finales de los 90, comenzamos a ver una como que la curva comienza a mostrarse un poco menos creciente.

Emilia: Menos acusada, si.

Dr. Fernández: La epidemia sigue creciendo, seguimos teniendo cantidades importantes de nuevas infecciones y los grupos más vulnerables por supuesto que tienen mucho mas prevalencia de la infección pero como le explico, después de los esfuerzos que comenzaron casi inmediatamente después de descubierta la epidemia al principio como le cuento, fueron difíciles, pero ya a mediados de los años 90

habíamos estructurado una respuesta bastante importante, a base de hacer mucha labor, política sobre todo, una incidencia política, recuerdo yo que convencer al ministro, por ejemplo, de que la epidemia estaba en el país no fue una tarea fácil.

Emilia: Estamos hablando del Dr...

Dr. Fernández: Del Dr. Rubén Villeda Bermúdez, que en paz descanse.

Emilia: ya! Si

Dr. Fernández: Era el Ministro del Presidente Azcona

Emilia: 80... sí, si,

Dr. Fernández: Realmente la primera comisión Nacional de Sida que se llamó *Comisión Nacional de Trabajo y Vigilancia de Sida*

Emilia: Si

Dr. Fernández: Fue realmente porque coincidimos varios profesionales interesados en ver el tema.

Emilia: Si

Dr. Fernández: Después de que Tito Alvarado pone la voz de alarma.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: con el primer caso.

Emilia: ...con el primer caso.

Dr. Fernández: Nos costó unos 8 meses realmente en conformarnos, como un grupo que no lo podíamos llamar comisión de nada...pero entonces convencimos al Director de Epidemiología, nuestro querido amigo Kike Zelaya, y encontramos oídos receptivos en él.

Emilia: Si, si.

Dr. Fernández: Y a través de Kike fue que logramos ir al Ministro y realmente que conformara la comisión.

Emilia: En ese momento usted estaba como Medico Infectólogo oh, oh.

Dr. Fernández: Inmunólogo

Emilia: Si, si Inmunólogo.

Dr. Fernández: ...pero estoy muy ligado al área infecciosa, de hecho tienen mucha afinidad. En ese momento, le voy a mencionar gente, los infectólogos en primera línea Tito, Elsa Palou, Efraín Bú.

Emilia: Si

Dr. Fernández: Ellos tres.

Emilia: Si, si.

Dr. Fernández: Beto Cosenza ah.

Emilia: Ah sí, como no.

Dr. Fernández: En Microbiología en la universidad y algunos, algunos elementos del Ministerio; algunos salubristas, Kike a la cabeza; eso recuerdo que Daniel Dávila estaba en Educación para la salud.

Emilia: Ah, sí como no.

Dr. Fernández: Con esa gente conformamos la Dra. Mirna Thiebaud de Alvarenga, la Dra. Mayté Paredes, fueron de las pioneras...

Emilia: ¡Como no!

Dr. Fernández: En la conformación de esta primera comisión, luego, convencer a...hicimos el primer Plan Nacional que se llamaba Plan Nacional de Ataque a la Epidemia del Sida, 1987

Emilia: ...parece chiste el nombre...

Dr. Fernández: Si, era simpático, pero tenía perspectiva y tenía visión, la visión de la comisión, que a menos de un año de haber sido conformada, estaba avizorando que la epidemia iba a ser grave, porque mirábamos que no era la enfermedad rosa de los países desarrollados.

Emilia: Ya, ya.

Dr. Fernández: Y a pesar de que...

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: Que los grupos gays, los de trabajadoras sexuales eran los más distinguidos desde ese momento, ya teníamos mujeres en, la epidemia, ya teníamos heterosexuales en la epidemia; entonces le dijimos al Ministro, Ministro el siguiente paso es hacer el Programa Nacional de Respuesta, hay que estructurarla, la respuesta no puede seguir como comisión y eso fue una lucha AID y OPS fueron las agencias que nos apoyaron sustantivamente.

Emilia: Como no.

Dr. Fernández: AID nos dio todos los reactivos diagnósticos desde el año 87 hasta el año 93.

Emilia: OPS?

Dr. Fernández: No, USAID, OPS nos dio la asistencia para seguir con los trabajos de promoción que eran trabajos para, para abatir el miedo en la profesión de la salud, bueno, que tal eran un montón de anécdotas de pacientes como el

Medioevo, les tiraban la comida, así por las rendijas de la puerta, cosa horrorosa, gente muriendo en la calle en San Pedro Sula, las monjitas de la Madre Teresa entonces abrieron el primer refugio para pacientes el primer albergue, y les cedimos dos salas del antiguo hospital general Leonardo Martínez, que recién se había trasladado para el nuevo edificio al Catarino Rivas; dos salas, una de varones y una de mujeres, para recoger gente de la calle, gente menesterosa, infectada y tardíamente al Sida porque al principio, los que recibíamos era SIDA

Emilia: Si, si, si claro ya en la etapa...

Dr. Fernández: Y al principio los primeros, los primeros, casi todos vinieron aquí al Hospital Escuela y curiosamente empezamos a ver que inmediatamente, pero inméritamente del descubrimiento del primer caso venían marinos.

Emilia: Aja, aja

Dr. Fernández: Eso fue sorprendente, marinos de Puerto Cortés, de Tela, que fueron parte importante

Emilia: Si recuerdo...

Dr. Fernández: el primer caso de VIH/SIDA de, VIH en niños, fue de Tela, de San Pedro Sula.

Emilia: Aja, aja, aja.

Dr. Fernández: Y San Pedro tenía una situación espantosa cuando hicimos los primeros estudios allá, comenzando los 90, a mediados de los 90, que nos dimos cuenta que era pavoroso, uno de cada 20 sampedranos, infectado, escandaloso.

Emilia: Si, si si.

Dr. Fernández: Pavoroso, entonces de de aquella vieja comisión la fuerza fue a que el Ministro constituyera el Programa Nacional.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: Y eso lo logramos como casi tres años después.

Emilia: Ya, ya.

Dr. Fernández: Y bueno ya estructurado el Programa Nacional coincidió con la iniciativa mundial de los famosos programas globales del famoso Programa global de Sida de OMS.

Emilia: de la OMS.

Dr. Fernández: GPA famoso.

Emilia: Aja, aja, aja.

Dr. Fernández: Ellos nos dieron asistencia junto a la OPS para con Jonathan Mann, que en paz descanse.

Emilia: Como no, si, si.

Dr. Fernández: Con Merson, recuerdo estos nombres.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: Entonces construimos el programa, y ya pudimos, entonces, tener una perspectiva más planificada de respuesta; ya no solo era recibir la cuenta aquella anecdótica; en una sabana Mirna llevaba los casos; y sabíamos de dónde eran, los ubicábamos y todo. Nuestro planteamiento era en ese momento que se hiciera un seguimiento estricto de los casos, pero nadie nos escuchaba, para seguir contactos y eso hubiera sido sumamente eficaz.

Emilia: Ah nadie lo escuchaba, autoridades?

Dr. Fernández: Si, no!

Emilia: Aja, aja ¡como era vista digamos esa insistencia de ustedes, ¿ cómo lo tomaban ellos, algo a la ligera?

Dr. Fernández: Bueno, el Ministro no estaba muy convencido porque aun seguía creyendo que la enfermedad era un exotismo del primer mundo.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: Realmente, tuvo que venir gente externa...

Emilia: De afuera.

Dr. Fernández: ...para que el Ministro se convenciera, recuerdo por ejemplo que vino el epidemiólogo; lo trajo USAID, el epidemiólogo de Nueva York que se...

Emilia: Ah ya.

Dr. Fernández: ...bueno se ufanaba de tener en sus estudios epidemiológicos alrededor de 20,000 casos en nueva york, la casuística de Nueva York y todos eran gays, y que aquí, cómo es que aquí, que habían mujeres y tal, pues, bueno dije yo, "bueno lo vamos a llevar al Barrio Belén".

Emilia: Ya, ya

Dr. Fernández: "...para que vean las trabajadoras de sexo infectadas".

Emilia: Si

Dr. Fernández: Entonces no se convencía.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: Porque había todavía especulación de que la transmisión de mujer a hombre, como que no era muy efectiva, porque el modelo que se estudiaba, era el modelo de HTLV, sabe?, sabe de él?

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: HTLV fue el primer retro virus y la transmisión es igualita al VIH y ese modelo se uso para estudiar VIH la transmisión de HTLV de mujer a hombre ocurre, pero no es tan eficiente, entonces el señor este, no se la creía.

Emilia: Ya

Dr. Fernández: Al final se convenció, claro y, y sirvió para hacer un poco de presión, para que vinieran funcionarios de la OPS que ya también habían construido su programa de Sida para Latinoamérica.

Emilia: De que año estamos hablando, cuando vino ese Sr..

Dr. Fernández: 87...88.

Emilia: Estaba recién iniciada la epidemia.

Emilia: Si, si,

Dr. Fernández: Estaba reciente la cosa...

Emilia: Si, si.

Dr. Fernández: ...el Programa Nacional se creó en el año 89, en el año 89 y bueno Mirna Thiebeaud fue la primera abanderada nacional.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: Estuvo Mayté también como Jefa del programa.

Emilia: Si, si.

Dr. Fernández: Todo el mundo quería que yo fuera le voy a contar...

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: Estaba yo aquí empantanado con el Banco de Sangre, en el Hospital Escuela, recién había adquirido ese compromiso...y quería...

Emilia: ...iniciando darle forma.

Dr. Fernández: Aja darle forma.

Emilia: Si, si, si.

Dr. Fernández: Entonces yo me encargue con Rita Meza de montar el laboratorio de referencia, había dificultades en el laboratorio central ahí en el Alonso Suazo, pues estaba todo hacinado, entonces trajimos a Rita aquí, al laboratorio, yo le dejé mi cubículo para que ahí instalara el laboratorio, eh, eh como le cuento, USAID nos dio todos los ELISA, y los Western Blot, y los Western solo los hacia ella aquí, que era una dificultad porque era una centralización aquí horrorosa, pacientes de allá del norte que era la mayoría.

Emilia: Si, si, si.

Dr. Fernández: Para dar el diagnóstico definitivo...

Emilia: Si, si

Dr. Fernández: Tardaba un mes.

Emilia: Si, eso duro tiempo

Dr. Fernández: Eso lo descentalicé yo, contra viento y marea y a disgusto de Rita, discúlpeme usted esto, eh cuando llegué a la jefatura ya de la nueva estructura ya superior del Departamento de ITS/VIH/SIDA.

Emilia: Del Departamento...

Dr. Fernández: Que fue la Segunda.

Emilia: Etapa...

Dr. Fernández: ...paso cualitativo de la respuesta.

Emilia: Como no.

Dr. Fernández: ...nacional, que era institucional todavía sociedad civil tenía muy poca incidencia en esto, la gente tenía pavor de salir ante los medios.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: Realmente quienes rompieron eso fueron Allan que en Paz descanse y Rosa.

Emilia: Si.

Dr. Fernández: Como les digo yo, el rostro de la epidemia.

Emilia: El rostro...si, si, si.

Dr. Fernández: Muy valiente.

Emilia: ...años atrás.

Dr. Fernández: Después, entonces, formado el Programa Nacional, comenzamos con los planes de mediano plazo, plano de mediano término que mencionaban a GPA y OPS; empezamos a construir el primer plano, el primero de mediano término 89-92, creo que así fue y era el estándar.

Dr. Fernández: El estándar. En el primer plan de ataque que nosotros tuvimos...

Emilia: Si, si.

Dr. Fernández: ...como le digo era vencer miedos, era andar dando charlas en los hospitales, sacar algunas cuestiones por medios masivos, que eran de muerte.

Emilia: Para la tensión

Dr. Fernández: La calavera.

Emilia: La calavera si, jugando bolos

Dr. Fernández: Si jugando bolos y si lo dijimos a Daniel.

Emilia: Jugando bolos si, si, si.

Dr. Fernández: ...que era terroríficos

Emilia: Pero esos eran Norteamericanos, esos anuncios los traían.

Dr. Fernández: Europeos y gringos

Emilia: Si, si

Dr. Fernández: Los más, los más dramáticos era los Europeos (ja, ja, ja)

Emilia: Del que más me acuerdo yo era uno calaca jugando bolos...boliche

Dr. Fernández: Si, ese era Suizo.

Emilia: ...tremendo era eso (ja, ja, ja)

Dr. Fernández: y, y luego Daniel Dávila recuerdo que él sacó uno allá por el año 90, 89, 90 de unos campesinos hablando de (ja, ja)

Emilia: Ahí ¿ese no lo vi!

Dr. Fernández: pero bien simpático.

Emilia: Aja, si

Dr. Fernández: Pero como va hacer un campesino no si la epidemia es urbana.

Emilia: Urbana si, si, si si estaba adelantado él... (ja, ja, ja)

Dr. Fernández: Estaba adelantando (ja, ja)

Emilia: Si.

Dr. Fernández: Pero bueno es una anécdota esa...simpática

Emilia: Si, si,

Dr. Fernández: ...pero ya estos planes, de mediano término, ya estaban más estructurados a fortalecer las instituciones de respuesta, programas nacionales que

habían nacido muy débiles; entonces ya podíamos tener un programa nacional con una estructura mejor, no podíamos dar asistencia a las regiones sanitarias, porque con la comisión nacional, solo éramos los tres gatos que estábamos interesados en que las cosas marcharan, ya con estos planes teníamos asistencia para las regiones sanitarias, para que las regiones entonces hubieran respuestas ya focales.

Emilia: Aja, aja

Dr. Fernández: y esto era importante, sobre todo San Pedro, nosotros dijimos que el programa deberían trasladarlo para allá. Estuvimos a punto de trasladarlo, pero...por cuestiones políticas no convenía...

Emilia: Claro.

Dr. Fernández: Mire que la primera ayuda que tuvimos, fuimos con el Presidente, bueno primero fuimos al Congreso, con Wilfredo Alvarado era otro de los que estaba allí

Emilia: Si, si, si

Dr. Fernández: Y fuimos al Congreso, comparecimos allí y sobre cuál era la preocupación que estaban sumamente preocupados, los congresistas, pero estaban preocupados porque tenían conductas de alto riesgo.

Emilia: Ah! por su propia, claro, condición, si, si, si

Dr. Fernández: Y no nos aprobaron nada

Emilia: Ya veo.

Dr. Fernández: Tuvimos que ir con el presidente Azcona.

Emilia: Aja.

Dr. Fernández: Y el presidente Azcona nos dejó 300,000 lempiras.

Emilia: Ya.

Dr. Fernández: Ese fue el primer gran presupuesto.

Emilia: El primer presupuesto de la comisión aja, aja.

Dr. Fernández: Si, si, y cuando nació el programa ya entonces pudimos meter presupuesto al presupuesto nacional.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: ...de ingresos y egresos, pero eran presupuestos bien cortito, pero ya las regiones ya tenían también que pudieran presupuestar cosas...

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: Y de ahí vinieron ya ayudas más sustantivas, de parte de USAID y de parte de OPS, de OMS para fortalecer estructuras...

Emilia: Aja, aja, si

Dr. Fernández: Sobre todo estructuras administrativas...

Emilia: Aja, aja

Dr. Fernández: ...sumamente débiles igual como están las ONG ahorita.

Emilia: Si, si

Dr. Fernández: ...con pacientes y tal...

Emilia: Si, si.

Dr. Fernández: Seguir el tema de medios masivos, la educación

Emilia: Aja, aja

Dr. Fernández: En general.

Emilia: Y ese primer presupuesto, cuál fue la prioridad mayor que dijeron a invertir, en qué?

Dr. Fernández: Bueno en lo que le cuento, básicamente en montar la salida de los Infectólogos de los Epidemiólogos a las Regiones de Salud, a los Hospitales.,,

Emilia: Aja, aja

Dr. Fernández: ...a hablar con la gente, quitarles el miedo de que la epidemia no se transmitía de esta manera a que no era la peste.

Emilia: ¿Cómo era? Eh, eh como para imaginarme ese ambiente en el cual se...a las personas que llegaban a los hospitales se les trataba casi como en la época de la edad media, de la lepra y eso eh, eh como fue ese momento en que empiezan a trabajar con el recurso humano; qué ustedes notaban, qué eran los temores, cómo los abordaron?

Dr. Fernández: Mire, básicamente eh y era desde médicos para abajo.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: Que, que como la transmisión era transmisión estilo gripe.

Emilia: Tocar...

Dr. Fernández: Ah, estilo contacto

Emilia: Ya, ya

Dr. Fernández: Ese era, ese era el pavor principal...

Emilia: Si, si si.

Dr. Fernández: ...y, por ejemplo, cirujanos que dejaban de operar a pacientes con infecciones.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: Que ni tan siquiera tenían SIDA, sino, que estaban infectados internistas dadas a la tarea de, meter mitos, cuando ya conocíamos perfectamente los mecanismos de transmisión y de prevención, que se conocen perfectamente desde el año 83.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: ...entonces eh, eh comenzaron entonces también todas esas cuestiones de la estigmatización al paciente, que si era gay, era trabajadora sexual...e...todo eso fue...era terrible, era muy influyente, acuérdesse usted que en los años 80 era el pavor de la seguridad del estado.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: Era la década negra y mire tildar a alguien en la sociedad de comunista o de homosexual, era la muerte...

Emilia: Ya.

Dr. Fernández: ...dramáticamente así era...la séptima avenida era sitio de congregación clandestino de los gay y de las trabajadoras del sexo, ahí en Comayagüela, ahí eran ejecuciones sumarias, por los organismos represivos sobre todo por el DNI, terrible.

Emilia: Aja.

Dr. Fernández: Hay un estudio muy bonito de un Canadiense de esa época, no recuerdo como se llama, pero él hizo un estudio cualitativo muy bonito, que deja testimonio de todo esto.

Emilia: Ya, ya.

Dr. Fernández: No sé dónde está ese estudio, pero era terrible eso, era pavoroso...

Emilia: Ahora...

Dr. Fernández: Luego, la otra parte de la inversión era pues hacer talleres de capacitación de recursos humanos, regionales, hospitalarios; sobre todo médicos, enfermeras, trabajadores sociales, farmacéuticos, todo el equipo.

Emilia: Ese tema que usted ha trabajado porque ha trabajado en comunicación, relacionada con el SIDA, y...bueno...como, pues, testigo de primera línea de esa situación que se daba, que surge al calor del temor, de la estigmatización a las personas, cómo usted valora que a lo largo del tiempo ha ido cambiando eh..por qué ha ido cambiando...o no tanto ha ido cambiando...

Dr. Fernández: Si ha cambiado, los horizontes del país han mejorado en eso; mire, para mí el primer paso importante fue con la apertura ya un poco más democrática del país que no ocurrió en los 80 sino en los 90.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Fernández: Cuando se inicia la fiscalía General del Estado, el Comisionado Nacional de los Derechos Humanos, se aprueba todas estas leyes de Equidad de Género, de Lucha contra la violencia, el Código de Familia, el de la niñez, el Código de Salud y todas estas cosas que se objetaban, pues

Emilia: Aja, aja

Dr. Fernández: ...con cuerpos de estructuras, y realmente se crea, efectivamente, el Comisionado, la Fiscalía y todo esto; realmente que dio apertura y a echar un poco atrás lo que traíamos de los ochenta...

Emilia: Ya, ya.

Dr. Fernández: ...en los 90 fueron realmente de una transición y de un trabajo extraordinario, verdad?...eh...por la democracia en general del país...

Emilia: Ya, ya

Dr. Fernández: ...eso es lo importante.

Emilia: Si, si

Dr. Fernández: Y fíjese que curiosamente es en el Gobierno de Callejas...

Emilia: Si

Dr. Fernández: ...y en el gobierno de Reina se estructura ya parte de esa, esa corporación estatal; para mí eso fue trascendental en realidad e...creo que el país como que ve la luz por primera vez en cosas que si son sustantivas, el nombrar un civil en el cuerpo militar, a dirigir el cuerpo militar eso tiene un impacto terrible, e...abolir el servicio militar represivo y obligatorio...eso, fueron cosas trascendentales en la vida política del país y eso tuvo incidencia en trabajo de VIH, entonces el tema...paralelamente ahí... justamente es cuando Jonathan Mann pone la perspectiva de la segunda epidemia; la epidemia del estigma y la discriminación; como decía, me decían los pacientes a mí: "es que la enfermedad mata, tanto como la enfermedad social que se adquiere"

Emilia: Como no, como no, claro que si! Usted como inmunólogo lo conoce bien...esa dinámica...si...

Dr. Fernández: Entonces, pero fíjese que eso dio un giro en la atención también, eso es lo interesante de que cada día había más conciencia o sea que calaron las cosas tanto en la influencia mundial, como influencia nacional, políticas de estado como el trabajito pequeño que habíamos hecho en la comisión de educar a la gente, de informarla y todo...entonces ya la gente estaba como más asequible a atender a los pacientes siempre habían cuotas importantes de desprecio y todo, pero ya ahí se vio que se abrió una luz...

Emilia: Si, si, si.

Dr. Fernández: De ahí para adelante hemos dado pasos muy lentos, muy pequeñitos, pero hemos ido para adelante, no hemos retrocedido...

Emilia: Aja, aja, aja

Dr. Fernández: ...no creo que hayamos retrocedido...

Emilia: ...pero digamos que ese fue un parteaguas que abre la luz, como dice usted y que permite entonces que la situación se valore bajo otros términos.

Dr. Fernández:...y justamente esos, esos son las formas como veo yo la epidemia: de la primera fase desde el nacimiento de la epidemia desde los principios de los 80 hasta más o menos mediados de los 90, 95, 97 cuando comenzamos a ver que incluso la curva epidémica comienza a decrecer, no a decrecer, sino aliviarse yo poco más.

Emilia: Como no:

Dr. Fernández: Entonces los primeros estudios de proyecciones que hicimos.

Emilia: Cómo no, como no

Dr. Fernández: Estudios de proyecciones epidemiológicas con Jeremías Soto, con Manuel Sierra, y toda esta nueva pléyade de nuevos...que es parte de nuestra escuela también...

Emilia: Como no, claro, claro, si.

Dr. Fernández: ...que logramos ir haciendo, y que es una belleza, la escuela en Sida es pionera en un montón de cosas y me encanta que la F2, la segunda generación ha continuarlo, en esa avenida de continuar con el trabajo.

Dr. ...a que me estaba refiriendo, perdóneme...

Emilia: Si, me decía usted que esa nueva escuela, que ahora hay segunda generación.

Dr. ...le estaba refiriendo esa primera etapa de la epidemia, como la caracterizo yo... desde el nacimiento de la epidemia a principios de los 80 a mediados de los 90.

Emilia: Como no.

Dr. ...en donde hay toda esta apertura del país la presión internacional con la estructuración de trabajo de Jonathan Mann.

Emilia: Como no.

Dr. El pequeño trabajo de la comisión que de alguna manera había surtido algún efecto...la respuesta ya en seriedad del ejecutivo y del...y del Ministro, verdad?...de apoyar más las cosas...

Emilia: Si.

Dr. ...ya el presidente Reina entonces dijo, OK, vamos a pasar de un programa nacional a una división que después fue el departamento, y ya fusionamos las ITS con VIH, los dos programas y el Lic. Callejas había...

Emilia: ...ajá...noventa ya.

Dr. ...había tratado de dar una respuesta nombrando una comisión de alto nivel con la primera dama.

Emilia: Aja.

Dr. Que era una paralela a la comisión nacional (ja, ja, ja)

Emilia: Vamos hablar después de ese tema (ja, ja, ja) si.

Dr. ...eso es otra anécdota interesante...

Emilia: Si, no, no, no.

Dr. ...que afortunadamente solo duró como seis meses, fueron los últimos seis meses de Callejas...

Emilia: Ya.

Dr.: ...porque vino el Director del Programa Mundial de Sida, nosotros lo trajimos para que le dijera al presidente que la epidemia estaba gravísima, y qué pasaba, entonces a Callejas le dio miedo...

Emilia: Aja.

Dr. ...entonces su respuesta fue nombrar esa Comisión de alto nivel con la primera dama a la cabeza...

Emilia: Ya.

Dr. ...que fue...bueno... mucha bulla...

Emilia: ...más pompa y circunstancia...

Dr. ...pero bueno, en esencia y con formalidad, si, la creación del departamento, eso si ya es importante; porque de ser de 4 personas, 5 personas en el programa nacional a mí se me da, y yo fui quien estructuró eso...

Emilia: Si. Si

Dr. ...a mi se me da la libertad de escoger recursos...entonces yo me agarre a Cesar Núñez, me agarre a Jeremías, me agarre a Mayté y, y...

Emilia: ...un equipo de lujo.

Dr. ...de lujo...

Emilia: Claro...si, si

Dr. ...y comenzamos a extendernos a más cosas; ya teníamos una estructura administrativa...

Emilia: Claro, claro.

Dr. ...ya teníamos ideas de cómo gerenciar mejor las cosas...ya teníamos estructuras en las regiones, ya la sociedad civil daba más idea de respuestas, ya había organizaciones gay organizadas como tal, verdad?

Emilia: Si, si.

Dr. ...entonces, ya como que había un clima, un caldo de cultivo mucho mas sustantivo.

Emilia: ...para generar la vida.

Dr. ...exactamente, para ir dando una respuesta mucho mayor y afortunadamente eso ocurrió.

Emilia: Aja, aja.

Dr. ...y qué bueno, porque empezamos hacer investigaciones mucho más serias; no solo aquellos pequeños estudios de seroprevalencia y de algunas otras cositas, ahí de algunos CAPs, que hacíamos para tesis y tal, que bueno que fueron la base de la información. Ya pudimos hacer estudios epidemiológicos de alto calibre no?

Emilia: Si.

Dr. ...con OMS comenzamos estudios ya de genotipificación de los virus, estudios con Manuel Sierra a la cabeza y Jeremías que dieron paso después a los de PASCA y a los del CDC, todo esto que se hizo en PASCA, recuerda César, se llevó la idea, bueno, entonces esto ya nos dio mucho mas información, verdad?...y fíjese que siempre los epidemiólogos cuando se miraba que la epidemia ya dejaba de tener esa explosión tan grande y comenzaba a ser un poquito más floja; no se lo creían, y eso fue ya en año 97.

Emilia: Aja, aja.

Dr.: ...si entonces, pero, pero yo si era optimista, yo nunca he dejado de ser optimista...

Emilia: Aja, aja.

Dr.: ...y veo que la inversión ha sido sustantiva, jamás hemos ocultado la epidemia, jamás verdad?, porque ahí se cuenta de que algún país quiso ocultar la epidemia...

Emilia: ...manipulan...

Dr. ...nosotros no, hemos sido transparentes, totalmente...

Emilia: Aja, aja.

Dr. ...así que eso nos ha favorecido también porque hemos puesto la alarma en su punto...

Emilia: Claro.

Dr. ...y la solidaridad internacional ha sido...

Emilia: Aja, aja

Dr. ...excepcional...

Emilia: Aja, aja, aja si ha jugado...

Dr. ...pero la inversión de país es...ha sido...y hemos puesto el tema en el más alto nivel.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Mire la respuesta que dio el presidente Maduro me pareció sumamente seria.

Emilia: Como no.

Dr. Pero fue extraordinaria, con Humberto Cosenza a la cabeza, y después con su hermano que era el delfín de Maduro.

Emilia: Si, si, si, recuerdo...

Dr. Me parece fue muy importante, Mel la derivó en su primera dama, y la primera dama hizo un papel muy honroso, muy bueno...incluso la primera dama transicional, recuerdo yo que tuvo una participación muy, muy activa.

Emilia: Doña Xiomara

Dr. Si, si, si.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Creo en ese sentido el tema está posicionado en el más alto nivel; actualmente veo yo que se ha enfriado un poco, se lo digo sinceramente.

Emilia: Aja, aja, aja.

Dr. Se ha enfriado en el nivel del Sr. Ministro, siento que no hay la fuerza que debería tener.

Emilia: ...si, si, claro. Doctor...

Dr. ...yo creo que por favor eso *off the records*... eso es por desconocimiento.

Emilia: Si, si, aja, aja.

Emilia: ...si, pudiera ser...

Dr. ...y a lo mejor él tiene alguna...

Emilia: ...idea...

Dr. ...conceptos que no son los más adecuados, pienso yo, no lo se, porque no lo he abordado en esos tiempos y el presidente no ha mostrado mayor...

Emilia: Claro...

Dr. ...mayor interés.

Emilia: ...hay como competencia de temas verdad de de (ja, ja)

Dr. A la primera dama le veo un poco mas...

Emilia: ...aja, aja...

Dr. ...pero creo que no se ha trabajado tampoco en eso.-

Emilia: No se ha hecho un acercamiento...porque de repente con ella...

Dr. No, es que hay muchas barreras, hay muchas barreras ahí..

Emilia: Aja, aja.

Dr. Si.

Emilia: ...para llegar...

Dr. ...para llegar...

Emilia: Si, si.

Emilia: ...a ella, ya, ya.

Dr. ...entonces, yo pienso que ese es un trabajo que tiene que hacer más sociedad civil.-

Emilia: Sociedad Civil.

Dr. ...porque en la institución, el *establishment* del Estado...

Emilia: Aja, aja.

Dr. ...está, eso--.

Emilia: Aja, aja, aja un poco quieto, sí.

Dr. ...medio reprimido, incluso, creo.

Emilia: A mí me gustaría que hiciéramos ese recorrido de nuevo, si su tiempo se lo permite, quizás tomando como eje de la plática la CONASIDA; es decir surge en el año 99 ha estado ahí de alguna forma usted ha acompañado en algunas etapas este proceso; pero, como usted...vamos...eh...valora la utilidad, la presencia de esta comisión a la par con este relato que usted me hacía quizás más desde la óptica de Secretaría de Salud de esa lucha inicial que se tuvo y después un poco más consolidada, pero que de alguna manera siempre dentro del sector Salud.

Dr. Si, mire la primera vez que pensamos en estas cosas...eh...es cuando nace el Código de Salud...

Emilia: Aja, aja.

Dr. ...en ese momento si haría falta poner algunas cuestiones en el código.

Emilia: Si.

Dr.....pero la verdad es que se llegó a la conclusión que no, que el código era suficientemente amplio y abarcador y que venía su realimentación *a posteriori* y que en el tema de enfermedades infecciosas era amplio y que no requería de mayor cosa (aja, aja) no mirábamos todavía el tema del estigma, discriminación y todas esas cosas, lo mirábamos medicalizado, la epidemia nació medicalizada y había que romper eso también, entonces ya para el año noventa....ahí por los años 90...terminando Callejas, comenzando el Dr. Reina ahí comenzamos ya a ver las cuestiones más desde el legislativo, no desde el Ministerio...

Emilia: Aja.

Dr. ...porque teníamos médicos amigos diputados que ya estaban interesados en el tema.

Emilia: Si.

Dr. Alfonso Hernández Córdova quizás era el pionero...

Emilia: Aja, aja.

Dr. ...y él agarro una... y como estas son avenidas,, también de la región o del mundo, entonces agarro, creo que era la de la dominicana que ya estaba; entonces hizo un *cut and paste* de cosas y sacó una iniciativa y la llevó, lo llevó a la cámara...

Emilia: Aja, aja.

Dr. ...y entonces la vimos..."no, esto no puede ser"... (ja, ja) tenía un montón de cuestiones de represión contra gay, contra trabajadoras del sexo que no...no...no...y eran violatorias de los derechos; entonces ahí comenzamos a ver todo el temas de derechos, y entonces nos fuimos al Centro de Estudios Legislativos, al CIEL

Emilia: Si, si, si.

Dr. ...y ahí aparece Xiomara Bú.

Emilia: Aja, aja

Dr. ...actora o actriz como queremos decir...

Emilia: Si, si

Dr. ...ahí aparece Xiomara con Adolfo del Cid...

Emilia: Cómo no, como no

Dr. ...que ellos son en esa área son los pioneros. OPS nos apoyó y trajimos unos expertos, eran fondos del banco centroamericano, trajimos unos expertos colombianos que nos vinieron a ayudar a cómo formular un ante proyecto de ley...

Emilia: Aja, aja

Dr. ...eso fue el 95...más o menos, verdad?...ya para el 97 ya teníamos todo cabildeado y...;mire, yo le voy a decir una cosa, la ley ahora...pucha!, que hemos evolucionado, 10 años después, vemos cosas que no mirábamos...

Emilia: Claro, claro, si

Dr. ...como le cuento al principio no mirábamos el tema de derechos humanos...la ley se construyó con un concepto de derechos humanos en la mano...

Emilia: Aja, aja

Dr. ...porque todos estábamos en la misma línea.

Emilia: Como no.

Dr. ...con Xiomara a la cabeza y que yo ya había agarrado la misma onda de Jonathan Mann también...

Emilia: Aja. Aja

Dr. ...entonces ahí tratamos, incluso hablamos con la diversidad sexual, trajimos un amigo nuestro de Costa Rica...

Emilia: Si, aja, aja

Dr. ...tenía una organización muy fuerte de gays, fueron los pioneros en Costa Rica...

Emilia: Aja el de las gavetas Aja, aja, aja

Dr. ...bueno tratamos de formular una ley que, bueno, yo consideraba en aquel entonces que 60, 70% era vindicación de los derechos humanos de las personas...

Emilia: Aja, aja

Dr. ... y quedó con otros varios vacíos ahí después, y con unos rizados que tampoco tenían sentido, pero es que a última hora los diputados en la cámara en 3er debate mutilaron cosas.

Emilia: Ya entonces quedó como que incongruente, si...

Dr. ...y ya entonces nosotros no pudimos hacer nada, porque ya era una cuestión de ellos

Emilia: Claro, claro.

Dr. ...y aunque nosotros estábamos ahí para aconsejar y todo, con temas totalmente con el corte conservador de la iglesia católica, apostólica y romana; y se lo digo yo que soy católico...(aja, aja)

Emilia: Si, si, si.

Dr. Pero, bueno así es la gente; entonces ahí pues tuvimos dificultades, no?... paralelamente llegaron aquellos planes de mediano término en el año 95 que ya nace el ONUSIDA.

Emilia: Aja, como no...

Dr. ...y el ONUSIDA comienza con la planeación estratégica y nosotros fuimos de los primeros que hicimos el primer plan estratégico en Latino América...

Emilia: Aja como no...

Dr. El primero nace cuando estamos con esta idea de lanzar la ley también...

Emilia: ...como no...coincide en la fecha...

Dr. Con Jeremías a la cabeza, Jeremías fue el primer jefe del programa, el primer Director Nacional de Sida y lanza el primer Plan Nacional

Emilia: Así cómo no, fue el año del primer CONCASIDA también.

Dr. Exactamente.

Emilia: Claro.

Dr. Un año de un fragor y lucha impresionante, e impresionante.

Emilia: Si, si, si, 99 también.

Dr. Enorme, enorme entonces bueno al final había un buen ambiente político se aprobó la ley y acto seguido nosotros ya estábamos preparados para conformar la CONASIDA ya lo teníamos adelantado ya teníamos platicado

Emilia: Como no Dr. Pero el tema, el tema de CONASIDA es que de una parte yo siento que el Ministro de Salud si estaba bastante consiente y apoderado del tema, pero los otros Ministros

Emilia: Aja.

Dr. El de Educación, el de Seguridad, el de Trabajo no, entonces se nace con esa debilidad no se le da esa fuerza política, nosotros habíamos siempre consistido que CONASIDA tuviera esa fuerza política superior

Emilia: Si, si

Dr. Y que se reuniera 1 ó 2 años.

Emilia: Como no

Dr. Y que delegara a una CONASIDA técnica.

Emilia: Técnica.

Dr. Que es la CONASIDA que funciona.

Emilia: Real.

Dr. Que es el CONASIDA que funciona pero que se ve como frustrada, como falta...como huérfana.

Emilia: Si, si

Dr. Como huérfana de apoyo político de la propia.

Emilia: De su propia institución, cada representante.

Dr. Y eso ocurre tanto en el estado como en la sociedad civil.

Emilia: Como no, como no.

Dr. En la sociedad civil se da un poco mas de interés, mire el sector religioso a veces se ausentan completamente.

Emilia: Si, si.

Dr. Y no dan explicaciones

Emilia: Ah, ah.

Dr. Incluso la misma asociación nacional de personas convivientes se ausenta...sin dar explicaciones...el foro, el Foro si, Xiomara es infatigable ella nunca falta.

Emilia: Si, si.

Dr. Si, entonces no hay, no hay consistencia por eso luego entonces se crean fuerzas o cuerpos alternos.

Emilia: Aja, aja, ah, ah.

Dr. Que la debilitan completamente como el mecanismo de coordinación del país fue, fue totalmente nefasto en ese sentido perdóneme al utilizar el tema nefasto.

Emilia: Claro.

Dr. No, no, es el mejor debía yo, diría yo debilitante de lo que es estructura de CONASIDA y que quisiéramos llevarlo al orden pero no tuvimos la respuesta y es paradójico porque el presidente del mecanismos en aquellos momentos era y seguía siendo el Ministro

Emilia: Como, no, como no.

Dr. Como el reglamento interno todavía no se había hecho retrasaría las cosas.

Emilia: Ah, aja.

Dr. Entonces era paradójico que el presidente del CONASIDA era Ministro de Salud y el presidente del mecanismo de coordinación era el de salud.

Emilia: También no le pudo armonizar las cosas para que el mecanismo se sometiera a la CONASIDA y hubo pleitos tuvimos que mandar a un representante de la CONASIDA al mecanismo de coordinación y se lo metimos casi que a fuerzas y mandamos a la Dra. Palou porque era tanta...

Emilia: Si vuelta de hoja.

Dr. Ja, ja, pero ni aun así tuvimos un pleito temible.

Emilia: Si, si un pleito que al mecanismo se creía empoderado y dije yo ah, ah.

Emilia Aja, aja.

Dr. Que mal concepto tuvimos porque eso lo creamos cuando nació lo del fondo global.

Emilia: Como no, como no, como un requerimiento.

Dr. Eh, cometimos algunos errores en la conformación de estas estructuras de respuesta que nos pidió fondo global.

Emilia: Si, si.

Dr. Fondo global nos aprobó la propuesta de primera entrada.

Emilia: Todo.

Dr. Todo lo técnico, pero la administrativa no, porque no quería que PNUD agarrara las cosas, nosotros tampoco.

Emilia: Ya.

Dr. Porque el representante de ese momento lo tenía convencido de hecho iba un par chip un particular y un parcho estaba convencido y entonces le dijimos a

Humberto no debe ser en, en una cuestión de nacionalidad porque hay una cuestión de intereses y tal.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Pero bueno al final queda a PNUD fue el primer receptor principal, hubo problemas por eso. Hubo problemas, entonces en la conformación de los mecanismos de país, pusimos a la gente verdad tratando de ser abarcadores, la sociedad civil. La comisión internacional del estado esto lo manejó mas la Secretaria de la Presidencia igual que el Ministerio.

Emilia: Recuerda.

Dr. Y lo coordinó o políticamente.

Emilia: Aja. , aja.

Dr. Y el otro error fue que los representantes de la sociedad civil eran los directores de las ONG'S civil.

Emilia: Otra situación.

Dr. conflictos de intereses barbaros.

Emilia: Por todos lados.

Dr. Con sesiones de mecanismos de coordinación de país de 5 a 6 horas jalándose de las greñas porque si tiene que ser mi organización la que tiene que estar ahí es la que va a recibir el financiamiento porque yo soy el beneficiario. Todo eso fue muy feo, feo, feo...

Emilia: Pero habla usted en pasado esa situación fue en ese momento solamente persistió, sentó la pauta para que eso continuara dándose.

Dr. Eso dio después una debilidad técnica a pesar de que teníamos el secretariado técnico con Rolando.

Emilia: Aja, aja

Dr. Rolando tipazo técnicamente; bueno y personalmente es muy buen amigo, pero en el tema político nunca se supo manejar bien la rebelión que mostraron contra la CONASIDA nunca hubieron de haberla hecho tuvieron que haberla hecho... si es un organismo, si es un Para-Ministerio.

Emilia: Claro, claro.

Dr. Por amor a Dios.

Emilia: Es el Estado en materia de Sida.

Dr. Es más que el Estado.

Emilia: Ya, ya.

Dr. Porque va más allá.

Emilia: Si.

Dr. Bueno, si...

Emilia: Es que no es el gobierno, es el Estado.

Dr. Es el Estado exactamente.

Emilia: Si mas que el estado...?

Dr. Entonces eso, eso fue un error y creo que las cosas crearon aristas, que no se limaron.

Emilia: Pero ese rol que jugó vamos uno de afuera tiene ciertas impresiones y de adentro quienes han sido actores quizá la conocen mejor ese rol que jugó esa, esa estructura técnica del mecanismo coordinador del país facilito o más bien dificulto ese sometimiento de mecanismos a la CONASIDA, porque ahí se advertía como ese paralelismo que dice usted.

Dr. Si.

Emilia: Y ningún interés porque hubiera esa sujeción.

Dr. No sé que tanto el secretariado influía a la asamblea, fíjese que yo nunca fui a una sesión de mecanismo de coordinación de país jamás.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Ni por delegación fui.

Emilia: Si, si.

Dr. Y miembros no me cambien el concepto creo que nunca iré. He estado en el mecanismo. Y he estado en reuniones técnicas.

Emilia: Si, si.

Dr. Hemos colaborado y todo siendo yo autoridad política del ministerio y tal, pero como miembro propietario del mecanismo, nunca acepte.

Emilia: Y ustedes al interior de esas reuniones de CONASIDA, en las cuales, mas de alguna vez habrán discutido esta situación, qué digamos qué, qué perspectiva y qué estrategia veían ustedes para que eso se planificara.

Dr. Bueno, primero al recibir negativas de que se sometieran a la autoridad de Conasida, lo primero que se me ocurrió fue poner un representante en el mecanismo mandamos a la Dra. Palou, pero no duró mucho la cosa.

Emilia: Porque como tal.

Dr. Porque usted sabe cómo es Elsa muy combatida y todo y fue a meter, dicen ellos, mucho ruido (ja, ja).

Emilia: Aja, aja.

Dr. Yo no sé, se fue creando un clima poco propicio de entendimiento de coordinación.

Emilia: Separación.

Dr. Más bien de distensión, de tensión no, no era un clima realmente agradable.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Y después en CONASIDA hablar de mecanismo de coordinación de país, no era un tema agradable, entonces la gente prefería dejarlo de lado.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Dedicarle a la dinámica propia de CONASIDA que mucha tiene pues porque sigue siendo un ente débil, pues mire con un mal lado, con mala suerte.

Emilia: Aja, aja

Dr. Porque incluso apartamos presupuesto.

Emilia: Aja

Dr. De fondo global para apoyar.

Emilia: Fortalecimiento.

Dr. PNUD, dio Forosida dio y el Fondo de Población está dispuesto, miren el último esfuerzo con la Dra. Palou que es un esfuerzo muy serio que CONASIDA tuviera su propio presupuesto.

Emilia: Su estructura técnica, si Irma estuvo ahí sí, sí, si

Dr. Un día antes de ella había estado una Sra. Nicaragüense que es ni pichón ni portón.

Emilia: Aja

Dr. Necesitamos un local parece trivial, pero el hecho de tener una estructura físicas era esencial.

Emilia: Claro, si.

Dr. En eso Elsa se va.

Emilia: Aja de la Secretaria.

Dr. Pero Carlos Aguilar estaba muy empoderado el presidía las reuniones de ministerios de delegó a mí la presidencia de Conasida en esos momentos y entonces empezamos a buscar un local.

Emilia: Si

Dr. Pero él lo agarro el tema como él....

Emilia: aja, Aguilar.

Dr. Si.

Emilia: Aja.

Dr. Pero que me parecía que no pues no tenía que dejarlo y entonces de los 3 locales que habíamos seleccionado al final a ninguno le gustaba que no se qué y entre aguarda y espera se perdió la iniciativa, nunca tuvimos el local el fondo como se llama el banco Mundial nos compró todo el mobiliario.

Emilia: Válganos Dios...

Dr. Sí, todo el mobiliario, y equipo él, el Ministro de Transición nunca hizo nada, sabe qué hizo? repartió el material y equipo a sus allegados, ahí en el Ministerio. Otra parte esta embodegada allá en la bodega del Ministerio deteriorándose, bueno eso es mala suerte porque no tenía que haber ocurrido.

Emilia: Si.

Dr. Si ya estábamos, si solo era de firmar un contrato con el fondo de este caso.

Emilia: Para que se diera.

Dr. Y en eso viene el 28 de Junio.

Emilia: Claro.

Dr. Todo para abajo y para hacer más la trastada viene el otro Ministro.

Emilia: Si, si dispuso ahí hay es que no puede ser.

Emilia: Si, pero digamos que el hilo conductor a lo largo de todos estos años de CONASIDA, más de 10 años ahora.

Dr. Bueno, mire ha habido cosas buenas.

Emilia: Aja.

Dr. Bueno, ha habido cosas buenas de CONASIDA creo que CONASIDA en el concepto de entidad política superior, cuando recibió al presidente del Fondo Global en casa de gobierno hubo una sesión solemne verdad presidida por el Presidente ahí estaban todos los Ministros, ahí estaba CONASIDA de lujo como le digo yo no.

Emilia: Para la foto.

Dr. Para la foto exactamente verdad, pero bueno.

Emilia: Ja, ja.

Dr. Es que ese es el concepto que realmente se debería de manejar con el punto de vista político, pero trascendiendo la foto.

Emilia: Claro, claro.

Dr. Me entiende.

Emilia: Claro.

Dr. Por ejemplo CONASIDA política, política abordando el tema de políticas.

Emilia: Si entiendo, después de la foto yo no te conozco, si te vi ya no te conozco.

Dr. Entonces una CONASIDA instalada una vez al año dos veces al año, diciendo como Ministro, miren el mecanismo de coordinación vengan para acá y dejen de chistear que me va a decir a... si es casi un consejo de ministros, creo que son 11 ministros.

Emilia: El presidente, si, si.

Dr. Ahí el mecanismo no...

Emilia: O el ejecutivo, el poder ejecutivo claro, claro.

Emilia: Si pero haber la pregunta era que si.

Dr. todos, si mire sobre todo en esta década.

Emilia: En el de venir y antes de hablar de lo positivo que sin duda lo tiene eh, eh pareciera que el hilo conductor de esa situación negativa ha sido cómo hacer que los cabezas del ministerio piensen que el tema de VIH/SIDA le compete mas allá que a la Secretaría de Salud a otro tipo de Secretarías y que, más allá de la foto, como decimos, tendría que objetivarse en una serie de acciones o estrategias inclusive hasta presupuesto quizás.

Dr. Así es que así lo manda la ley.

Emilia: Entonces digamos que esas discusiones como se daban al interior del

Dr. Bueno, mire eso.

Emilia: De la Comisión.

Dr. Los temas han sido siempre la siempre preocupación importante, pero la verdad es que los representantes técnicos tienen poca incidencia.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Si el más fuerte es el Director del Programa con los ministros.

Emilia: Si.

Dr. Con la Ministra.

Emilia: Si, si.

Dr. No se ahorita por ejemplo no puedo decir cómo está la relación con el jefe del Programa.

Emilia: Aja, aja para el ministro nosotros teníamos una propuesta por ahí, pero no nunca coló.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Eh, vaya por ejemplo el jefe del Programa se deriva en uno de los técnicos, pero esos técnicos no estaban ahí, pero Mayté regresó al CHF ya no se puede por ejemplo mencionaron al Secretariado ejecutivo.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Delega por la CONASIDA.

Emilia: Si, si.

Dr. Pero no, yo creo que ni siguiera se lo plantea al Ministro.

Emilia: Aja, aja.

Dr. No hay esa fuerza de negociación entre el técnico que asiste a la CONASIDA con estructura política.

Emilia: O de referente, o de repente quizás aquí la estrategia pudiera ser que pasos comunicantes no vinieron de aquí para los ministros de los técnicos para los ministros sino del Ministro de Salud al presidente.

Dr. Exactamente.

Emilia: Para que el presidente convoque a los Ministros porque esta estructura obviamente que políticamente, no hay peso, no hay nada que hacer si, no...

DR. Pero la historia nos ha demostrado que de aquí hemos venido siempre.

Emilia: Aja.

Dr. Y que cuando ya esto se logre permear se entiende.

Emilia: Aja.

Dr. La historia.

Emilia: O de repente lo que ha hecho falta como que fuera de ambos.

Dr. Ahorita, ahorita lo que yo noto, yo noto un bache.

Emilia: Aja.

Dr. Porque de venir teniendo respuesta cada vez mayores.

Emilia: Aja.

Dr. Entre Reina y Carlos Flores por ejemplo Carlos Flores fuimos capaces de poner el tema de VIH en todo el plan de reconstrucción nacional.

Emilia: Como no.

Dr. Y que dio paso después a la reducción de la pobreza y que de hecho el VIH estaba ahí en primera línea.

Emilia: Aja.

Dr. Ahí, lo pusimos bien Carlos flores entonces dio lo suyo, luego viene Maduro que como le cuento también lo suyo, Mel Zelaya continuó las cosas.

Emilia: Si.

Dr. Pero yo aun ahí ciento que el gobierno de transición yo no lo cuento.

Emilia: Aja fue breve.

Dr. no, porque fue breve el gobierno porque yo ahora veo un bache importante Conasida se quiera activar después de todos los vacíos que hubo porque.

Emilia: Si no se ha reunido en lo que va del año.

Dr. Si, se reunió 2 veces, 3 veces creo.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Para aprobar el informe UNGASS, para ordenar que si se hiciera cumpla.

Emilia: A cómo no.

Dr. Se reunió, para aprobarlo, hubo otra reunión.

Emilia: Para marzo.

Dr. Y hace 15 días se reunió para aprobar el otro documento del informe que se tiene que dar a OMS sobre la atención, atención integral.

Emilia: Pareciera que corresponde a los compromisos de afuera.

Dr. Es que está haciendo utilizado.

Emilia: Siendo utilizado aja, aja.

Dr. Porque como CONASIDA es la autoridad.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Si CONASIDA la bendice entonces.

Emilia: No sale.

Dr. Hay un vacío político, ahí el matrimonio lo puede hacer.

Emilia: Aja.

Dr. El Ministro lo puede firmar, pero esta contraviniendo la ley.

Emilia: Debe de tener un respaldo.

Dr. Porque, porque si lo hace como presidente de la CONASIDA.

Emilia: Si.

Dr. Y la CONASIDA no se ha reunido entonces y si la CONASIDA no se ha reunido aun entonces ahí hay un conflicto.

Emilia: O sea que es como matrimonio de apariencia Aja, aja.

Dr. Los cuales.

Emilia: Es para afuera

Dr. A tal grado que el informe allá en CONASIDA, que por cierto tuvimos que esperan más de una hora para que llegara al último representante y hacer quórum, eh no lo hizo el Secretario técnico lo hizo el Director de país de ONUSIDA.

Emilia: Aja, allá.

Dr. Y eso CONASIDA no lo ve bien.

Emilia: Ah, ah.

Dr. Se lo digo yo que conozco el estado emocional del Ministerio.

Emilia: Ya.

Dr. Y que conozco la Sociedad civil.

Emilia: Ah, con razón cierta opiniones que vi yo ahí ya lo que es el índice compuesto de política que se refiere a ciertos acontecimientos si, si, si.

Dr. No, no, no estábamos, mire CONASIDA no autorizo un informe bajo la sombra que le han denominado que no conozco por cierto.

Emilia: Aja.

Dr. Pero que para mí fue sorprendente que la sorprendieran así.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Porque me parecía ilegal que se haya hecho un informe bajo la sombra sin autorización de la CONASIDA.

Emilia: Si, si.

Dr. Son cosas serias entonces.

Emilia: Aja, aja.

Dr. para no agregar más...carburantes el fuego.

Emilia: Aja, si entonces como usted valoraría el rol de bueno de estas agencias cooperantes, tanto tales bilaterales, multilaterales, usted me ha hablado ya cerca de cómo han sido claves en determinados momentos del devenir histórico, USAID especialmente, OPS.

Dr. Si mire al final de todo los temas son políticos y económicos, y buenos, el tema económico a veces como que condiciona ciertas cosas.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Que no son lo deseable.

Emilia: Claro, claro, claro.

Dr. Entonces.

Emilia: Si, si, si.

Dr. Yo creo que lo mas como le dijera los que tienen más tacto en esto son los de USAID.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Siento yo que es mi criterio.

Emilia: Aja.

Dr. Y aunque estoy trabajando para una agencia de los E.U.S. actualmente.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Pero no tengo conflictos de intereses éticos, morales, estoy haciendo lo que tengo que hacer, pero hay que aceptarlo que es una realidad hoy por hoy EUA es la fuerza todavía es la única u aun así lo es un tema lo veo muy fuerte.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Y veo un respeto enorme a lo que el país quiere hacer. lo que pasa es que a veces no sabemos qué queremos hacer.

Emilia: No sabemos lo que queremos hacer.

Dr. A veces no sabemos queremos hacer.

Emilia: Es un poco mi hipótesis (aja, aja).

Dr. Nos confundimos un poco de lo que queremos hacer, pero ellos son muy cuidadosos, Naciones Unidas a mi me parece que entonces se meten un poquito más allá de los sub competencias políticas.

Emilia: Eh reteniendo quizás el juego.

Dr. Sin embargo hacemos un balance de eso la presión que las Naciones Unidas sobre el país para apertura de cosas, es impresionante, otras cosas democráticas que le mencione.

Emilia: Aja, aja, claro en otras áreas, en otras esferas.

Dr. Claro detrás de Naciones Unidas esta el Fondo Mundial, Fondo Monetario.

Emilia: Si, si.

Dr. Naciones Unidas dice eso es pero a veces aquí en la política interna en la domestica.

Emilia: En la domestica.

Dr. En la domestica.

Emilia: Si, si, aja.

Dr. Veo yo que a veces hay algunas intervenciones que no creo que sean las más adecuadas.

Emilia: Si, pero pareciera que es una combinación muy peligrosa, que primen los intereses económicos y que haya una debilidad técnica que son 2 factores.

Dr. Si eso puedo, claro es de alto riesgo.

Emilia: De alto riesgo por supuesto.

Dr. Claro que ha habido errores, errores importantes en nuestra lucha lo que le cuento no solo es el optimismo con el que se lo cuento.

Emilia: Aja.

Dr.: Si ha habido errores importantes que han retrasado.

Emilia: Cuales diría Usted que son los mas así severos.

Dr. Bueno, el estar incrustados en una burocracia ya clásica.

Emilia: Aja, aja.

Dr. Yo me inventé una frase incluso en los años 90, esta que decía que la burocracia mata.

Emilia: Ja, ja.

Dr. Porque la burocracia no nos aprobaba los retrovirales.

Emilia: Ya, aja.

Dr. Y había más muertes y más muertes.

Emilia: Mata literalmente.

Dr. Pero bueno eso es parte inminente de que tenemos estar incrustados en una estructura y no tenemos alternativas.

Emilia: Si

Dr. VIH/SIDA desde el punto de vista administrativo y gerencial es una avandilla muy importante.

Emilia: Si, si.

Dr. A tal grado del proyecto reforma ahora vio para la planificación del Ministerio que nosotros estábamos bien adelantados.

Emilia: Aja.

Dr. Con el tema de reforma en la atención integral con el modelo de VIH para incorporarlo en situaciones de reforma.

Emilia: Como no, como no.

Dr. Y ese es el nuevo link de moda.

Emilia: Si, si, si, yo siempre lo he dicho eso aquí en el post grado el hecho de la experiencia de VIH/ SIDA tenemos que aprender muchísimo todos los otros temas en salud porque ha sido una gesta muy especial veo que ya está usted sobre el límite del tiempo; creo se nos han quedado algunos temas por ahí pendientes, a pesar que ha sido tan generoso con su tiempo no sé si es otra oportunidad pudiera.

ANEXO N. ENTREVISTA # 3 XIOMARA BU. DICIEMBRE 2010

EA -Bueno, no la idea Xiomara es que podamos compartir un poco en estos minutos, tener una mirada amplia, amplia, estoy buscando gente que sea referente del tema, referente a lo largo de todo el, desde que inicia verdad hasta ahora, en cuentas vos, porque la idea que yo quiero es su versión de cómo han acontecido los hechos en este tema de cómo se gesta, cómo ha evolucionado, cómo se encuentra la situación de condiciones de posibilidad del derecho a la atención integral, al SIDA diría yo y no tanto a las personas VIH positivas nada más, si bien hablar de las personas VIH es parte de, pero es al fenómeno VIH-SIDA en forma global. Entonces quizás con esa pregunta amplia general de inicio podamos ir después surcando algunos elementos

XB - Claro, viendo algunos elementos.

EA -Si

XB -Bueno, estamos prácticamente al año 2010, uno esperaría digamos un proceso de mayor concientización sobre todo con el boom de alguna manera del enfoque de derechos, lo cual también te pone en evidencia que es el 2010, estamos queriendo concientizar a la gente y a los tomadores de decisiones, aún a la cooperación, en introyectar un enfoque de derechos con una mirada retrospectiva, te da por lógica, de sentido común también de que no ha habido el enfoque de derechos, lo que habido digamos es un discurso de derecho humano, un casi metafórico y metalingüístico. Y realmente ha sido un discurso que ha suavizado digamos por lo menos aquellos fenómenos más agravantes de estigma y discriminación que estaban mucho más fuertes cuando inicia la epidemia, entonces de alguna manera ese discurso, aunque haya sido un discurso, por lo menos puso en alerta, una alerta de reconocer por ejemplo de ignorancia, de reconocer una cultura permeada por mitos, por prejuicios y suavizar un poquito el entorno, que no significa que el fenómeno del estigma y la discriminación asociada a la epidemia del SIDA haya desaparecido, sino que toma otras expresiones

EA -Otras expresiones

XB -Otras expresiones, y tal vez unas expresiones tal vez más agravantes todavía cuando en el fenómeno SIDA te aparece una población vulnerabilizada que expresa la diversidad sexual por ejemplo, donde se agudiza por ejemplo fenómenos que en Honduras no se habían visto antes como el transexualismo, y empezás a ver tú la reversión de crímenes de odio, y por otro lado la agudización de feminicidios. Tal vez como te digo, en el discurso aparentemente se suavizaba, pero se gestaba una fuerza de estigma y discriminación mucho más agresiva y mucho más sutil casi con la permisibilidad de jugar con la ética y la anti-ética, o con la moral y lo inmoral. Ahora si vamos al tema de una trayectoria del 80 a los 90s al 2010, el derecho a la salud no ha sido internalizado como un derecho humano, creo que el discurso peso más sobre la internalización, y hay una visión por ejemplo de una visión filosófica, uno habla de la alteridad.

EA -De la alteridad

XB -Ósea en el ser humano y el alter, ósea ese momento en que el yo es capaz de enajenar el yo del otro o de la otra y no es un sujeto de derechos, sino que yo soy mi mirada y tu mirada al mismo tiempo, pero entonces bajo esa mirada del discurso yo no soy ni siquiera capaz de apropiarme que es mi derecho humano y que es el otro derecho humano sino que el derecho apareciera como la pieza de un juego de ajedrez, que tu mueves al mejor peón con el mejor postor . Entonces es una mirada

tal vez muy grafica y tal vez muy muy aguda desde mi punto de vista, pero he visto que siempre que se habla de derechos humanos es como algo que está tan ajeno a mí, y que en esa podríamos decirle mirada de enajenación de algo que ha sido parte mía en un inicio, luego más bien a afirmarse su exterioridad y aún en mi propia conciencia, es algo exterior a mí que tengo que internalizarlo en una institucionalidad llamado Comisionado de Derechos Humanos, Fiscalía de Derechos Humanos, Normativa Internacional de Derechos Humanos, Normativa Jurídica Interna de País, siempre y cuando haya un convenio que ratifique o no. A eso se ha sumado aquellos discursos cuando van a la visión de país que sean los que están nos quieren garantizar el cumplimiento de un derecho jurídicamente, te das cuenta en la libertad de acciones donde unos países legitiman un derecho a través de una ratificación o convención y otros simplemente nunca se comprometieron. Entonces eso va generando una serie de escenarios que entonces hablar de Derechos Humanos para muchos receptores tiene diferente miradas, la mirada jurídica, la mirada éticista, la mirada filosófica por decir, la mirada del cotidiano, la mirada digamos prejuiciada y involucrada a todo lo que es derechos humanos es algo de izquierda, es algo que está en defensa de los delincuentes, un discurso que se suavizo de alguna manera pero que ahorita con la situación de América Latina con la crisis cuestionada del neoliberalismo entonces todo aquello que suene derecho humano es una lectura izquierdosa, pero también es una ideologización de la misma fragmentación de los derechos humanos. Entonces cuando uno vuelve a aterrizar al nivel que uno trabaja con la epidemia del VIH-SIDA se da cuenta que además del agravante del discurso hay un agravante todavía más instalado: la fragmentación. Ya la fragmentación no es fragmentada a la realidad, es fragmentado en el ser humano y esa fragmentación que obedece a las leyes del mercado, a la oferta y la demanda, a la sobrevivencia, a la comunicación de los mass media de alguna manera y poco convoca a ese yo humanista, porque también del humanismo se hacen muchas ideologías, algunas con una mirada totalmente fenoménica y otras que no pasan a la piel, ósea no tran.... Entonces volviendo al tema de la pregunta, el derecho a la salud sigue siendo una utopía. Utopía entendiendo que es una posibilidad, pero para llegar a esa posibilidad hay retos que es salir del discurso, salir de la enajenación, de la tematización del derecho humano, como tejer la fragmentación sin querer anular la diversidad, ni la diversidad ni la pluralidad de opiniones o miradas pero al menos aunque sea apelando al tema de Habermas llegar a puntos de consenso. Ahora, es un consenso que tiene que pasar del discurso y realmente introyectarse e instalarse en lo humano de cada ser. Ósea reconquistar el alter en el yo, y no hacer la dicotomía del alter respecto al yo, porque realmente en ese vaciamiento va a ser realmente tener consensos de opiniones o de emisión de juicios pero no de afirmaciones que sean de carácter apolíticas, ósea como juicios que tengan no solo juicio externo sino que tienen un vínculo ontológico un poco en el tema. El lenguaje no es accidental, sino que mi lenguaje me convoca, mi lenguaje me compromete, mi lenguaje no es el discurso para quedar bien y para hacer metáforas. Entonces si uno mira él, como es, la subida esta escalada de hablar de, bueno para responder al derecho a la salud vamos a hacer Centros de Atención Integral y te das cuenta que los Centros de Atención Integral están construyendo otros discursos para el buen gusto del oído, pero la misma Atención Integral que es parte de un derecho humano que debe ser integral, en la práctica se vuelve a fragmentar, porque Atención Integral, tener un centro, es una condición necesaria tener un centro con condiciones idóneas, pero no es suficiente si tú no tienes dentro el componente humano que debe ser el link con esa persona humana que aparece como un paciente con una x patología pero que la mirada no es capaz de traspasar el usuario, el expediente, la patología, y realmente lo humano, lo humano que es el fundamento de ese derecho a la salud es lo que menos se mira

porque es un cumplir indicadores contruïdos. Entonces, ¿Por qué surgen CAIs? ¿Por qué surge, digamos el número de usuarios, por llamarlo de una manera como lo pide la jerga? ¿A cuántas personas que viven con VIH van a tener acceso a Anti-retroviral? ¿Y por qué tan lejano queda el acceso universal? Entonces ahí empezas una dicotomía.

Por otro lado gratuidad del tratamiento, una gratuidad que se supone que debe garantizar acceso, disponibilidad, equidad y a ello sumale la parte de legalidad porque la misma constitución no ocupamos aquí más declaratorias de Derechos Humanos si no responder a una Constitución que garantice el derecho a la salud. Pero que sucede, ese es el discurso que te llega. Cuando el ser humano este que padece de un VIH o va a la atención disque integral, empieza a encontrarse también las fragmentaciones en la atención y en exigibilidad fragmentada. Que quiero decir con esto, se instala sin una normativa legal en el país el tema de la cuota de recuperación. A donde radica la cuota de recuperación, disque queremos en una atención integral o en derecho de salud. Se instala en un prejuicio y en una norma de la costumbre que dice que todo lo que te regalan la gente lo desprecia, o la gente no lo valora. Entonces se hace la falacia de la generalización. Es factible que encuentres tres personas en un conglomerado que vos le regalas un libro y te dicen “¿Para qué? No me gusta la lectura, me es indiferente si lo raya el hijo o si lo boto”. Pero en ese conglomerado de donde hay 7 más encontras tres personas que necesitan digamos, tratamiento vaya para cáncer, hacer la quimioterapia y esa gente vos le decís: “Fijate que murió mi hermano y me sobro un tratamiento y está completo” yo se lo obsequio, y la persona puede decirte con gratuidad: “Que bien, no lo voy a despreciar, no me cuesta, eso puede costar 3mil, 2mil, 10mil lempiras” y te lo acepta y te dice: “gracias por la solidaridad que tiene”. Ahí hay un elemento dentro de los 10 que yo juzgue con mi primer prejuicio que lo que le regalan lo bota y que no lo valora. Entonces hasta donde la costumbre, el yo exterior, porque yo lo digo yo respecto a los otros, entonces la pregunta es ¿qué pasa cuando yo tengo esos beneficios, cuando yo hago una infracción y negocio con el policía sin darle mordida? Mire, fíjese que le voy a cobrar de 600 le voy a cobrar 200. ¿Cómo se siente ese yo? Ese yo sujeto que puede ser médico, la trabajadora social, se siente satisfecho, esos 400 lempiras los invierto en algo que quiere, puede ser ostentoso, puede ser la cotidianeidad. Pero por qué no pensamos de esa gente que va a la cuota de recuperación que se le hubiera, accese a la cuota, sin pagar la cuota o si vaya si hay una economía solidaria y dice mira yo te puedo pagar 1000 lempiras, regulemos aquí una economía solidaria, pero mañana no tengo empleo, y si yo vengo y hoy te debo 200 lempiras de mi cuota de recuperación, me has dicho accesa a tus medicamentos. Imagínate la negociación que harías, ok está bien, pero no te olvides que la próxima semana debes 400 lempiras, llegó la siguiente semana y no tengo 400 lempiras. ¿Qué pasa con mi derecho a la salud y a la atención a recibir? Está fragmentada por una mirada de mercado o por una mirada de que la administración requiere tener una recolecta de fondos para suplir las necesidades que un Estado Gobierno responsable debe proveer.

EA -Ahora tu hablabas de, de ese discurso no. Que se ha instalado un discurso y que básicamente se convierte en una utopía el discurso de los derechos humanos, el discurso del derecho a la salud. ¿Por qué a tu juicio durante todo este tiempo cobró vida, y se pudo digamos de alguna manera instalar ese discurso de derechos humanos?

XB -Porque fue un discurso que en un momento de que se bajan las tensiones en los conflictos de la década de los 80, de los 90 fue un discurso permisible, un discurso que no te comprometía, un discurso que convocaba y estabas a la moda. Entonces de pronto se hizo tan común hablar de yo un defensor de derechos

humanos, igual como el tema de la perspectiva de enfoque de género que la gente cuando entró al tema no lo sabe manejar. Entonces empezar a hablar de voy a transversalizar un discurso, voy a transversalizar el enfoque de derechos, entonces son como sitios de concurrencia, yo llamo como el ágora, el ágora desfigurado porque el griego tenía un ágora para pensar, pero este es el sitio en común que si vos no estás ahí estás desactualizado. Como decía hace poco un autor, puchica dice, la gente que no entra al tema de la tecnología realmente está fuera del tiempo no, y entonces empieza la alegoría de que las maquinas piensan, pero al final el ser humano cuando la maquina se te desconecta, o esta te deja de funcionar te das cuenta que el pensamiento no ha sido superado por la maquina.

EA -Pero entonces que lógica hay atrás de todo eso, es decir, del hecho de estar a la moda o de no desactualizarse, que que explica a tu juicio toda esa tendencia pues, que se dé tanto en genero, en derechos humanos.

XB -Es una tendencia como te digo mirá, los grandes movimientos en género, en derechos humanos no se fueron, no fueron paridos en la hondureñidad, empezando por ahí, entonces y postasear los discursos externos en una agenda inducida donde todavía las y los hondureños no éramos vistos como sujetos de derecho, ni siquiera nosotras nos reconocemos como sujeto de derecho entonces es fácil anclar y además recuerda que todos estos movimientos vienen con un fondo, que no es lo que está enfrentando la crisis en el mundo actual de recesión fiscal no, y mucho menos un país como el nuestro verdad, que empieza con una economía frágil que tiene los problemas serios y sensibles de corrupción que es un problema mundial también, más agravantes en uno que en otros entonces te das cuenta como que este discurso de los derechos humanos era como un ágora, como una ilusión, y realmente era un discurso que como que movía, nos movía el piso verdad, podríamos decir los conflictos sociales, los conflictos políticos no van a ser otra vez efervescentes de alguna manera, pero te diste cuenta que con un suceso político como el que acontece en junio hay una desagregación del consenso y empiezan otras ideologizaciones.

EA -Si. Y a tu juicio en ese transcurso en el cual se instala y va cobrando vida por esas razones que tu manifiestas. ¿Cómo sería tu apreciación de quienes quizá lo captaron mejor, quienes quizá apoyaron de forma genuina, quienes entendieron, o quienes más bien jugaron a una mascarada o quienes de repente ni saben de lo que se está hablando? ¿Cómo tu valorarías los actores que han estado inmersos en este discurso de derechos humanos y VIH?

XB -En diferentes niveles, por ejemplo uno mira todavía las fuerzas que tiene el biologisismo, los modelos darwinistas, entonces fue una especie de consentir. Dejemos que los cientistas sociales hablen un poco de derechos humanos, con una tolerancia no fácil, que está todavía vigente a la luz del siglo XXI, en la que está, bueno ya lo hemos vivido no, el mismo con... del SIDA, el congreso que hubo en San Pedro Sula verdad, el primer CONCASIDA, es decir uno mira que hay terrenos como llamaría Kun los paradigmas, y la revolución de paradigmas no se da tan rápidamente verdad, y eso es lo que acontece con el tema de derechos humanos, el discurso es muy fácil de instalar porque no se vuelve paradigma sino que es una recurrencia, no esto desde un, estoy haciendo el derecho humano, y se repite, se repite lo que dice la Constitución, se repite la Declaración, son enunciaciones. Si no haces un trabajo arqueológico son epidérmicas. Ahora no voy a negar, tal vez desde el área de la academia, con una minoría muy contada y sobran los dedos, si hubo una mirada digamos más comprometida. Tal vez por la formación en el área social, tal vez por una visión de ver el paradigma de lo que podía haber generado, no porque uno lo tuviera concebido en plenitud, pero miraba una ventana, una puerta que era lo que iba

posibilitando reconstruir lo humano. Podríamos decir para no etiquetarnos pero si tal vez una fuerza más humanista, y si hablo desde mi propia posición, ósea desde mi formación filosófica, siempre tiene una concepción humanista, con un realismo epistemológico obviamente no, entonces eso de alguna manera te permitía ver y haber transitado por los campos fuertes como la física, la química, la ideología esos nichos cerrados donde el discurso del lenguaje se vuelve neutral, pero desde esa otra convocatoria humanista el lenguaje ya no es neutral. Entonces, claro ante un fenómeno del factum, que alguien mirara el VIH-SIDA con la carga del CE4, cuantos ARV, cuantos enlistados, yo no me comprometo, al final del caso puedo decir que este usuario es un ser humano, pero igual en la clínica no me comprometo, estoy viendo una patología. Creo que la vertiente social que todavía está fragmentada, porque no ha habido talvez un concurso interdisciplinario, ha habido dos brechas, ha habido la brecha de la parte jurídica, ha habido la brecha tal vez de una visión digamos sociológica, de psico- desde la psicología, tal vez yo sea un híbrido pues estoy en filosofía y derecho verdad, pero ha sido esos nichos pero no una interdisciplinariedad digamos consciente, por ejemplo cuando yo recuerdo la experiencia de ESA Consultores hubo un fenómeno, un momento, pero un momento que no cuajó, un momento que produjo un documento con muchas potencialidades...

EA -Que no se utilizó

XB -Si, que no se utilizó y después hubo otros planteamientos en diferentes congresos que son ruido todavía, son ruido y son obstáculo, porque cuando vos vas a tocar el fundamento de la fragmentación, de las competencias, de los paradigmas, de los paradigmas normales, de los paradigmas fuertes, los duros, los cientificistas, el factum que habla o que lo hacen hablar aunque sea con números porque no es así el esquema, es la moda, entonces cada vez la verdadera visión de derechos humanos en vez de acercarse se está retirando.

EA -Se está retirando, a tu juicio

XB -Si, ósea sigue siendo, sigue siendo instalada en el discurso. Sigue siendo instalada tal vez con un apéndice con dos categorías que a veces la gente no las comprende, estigma y discriminación. Es el fuerte, es como el ancla, reivindicemos verdad de todos los impactos de estigma y discriminación. Pero eso solo es parte de un fenómeno, y eso no significa que porque yo hable de estigma y discriminación o porque busque reivindicar grupos de exclusión social estoy apropiándome del alter que me han arrebatado los discursos meta-lingüísticos. Ósea yo no lo miro, por ejemplo estoy viendo por ejemplo los enfoques del sistema de Naciones Unidas por ejemplo, como con la lógica de planificación por resultados tu quieres generar que el enfoque de derechos humanos se planifique por resultados y realmente esa es una cuestión, como decir, perturbadora...

EA -Aberrante

XB -Porque estas, por no decir eso, un poco sin sentido porque si hemos estado diciendo que los derechos humanos son inherentes al ser humano, ¿cómo puedo, para justificar una planificación estratégica, separar desde una visión muy académica, muy de estancos, muy metafísica, compartimientos de derechos humanos? Cuando a pesar de todo, a pesar de que son mis derechos humanos, hay un vínculo que me comunica contigo, con Juan, con María, que es la inmersión social de los derechos humanos.

EA -Sin embargo Xiomara, es decir para que podamos pasar de un discurso a una práctica de hecho , pareciera que hay que atravesar por ese, digamos por

ese reto de objetivar de que manera yo voy a decir que hay o no hay discurso, no discurso sino practica de derechos humanos.

XB -Claro, pero hay una mediación todavía en este medio, de la que casi nadie... La dimensión ética de los derechos humanos, entonces cuando yo te digo que es una utopía es porque tenemos el discurso por un lado, la mirada internalista de que sabemos que los derechos son inherentes, que no se deben de dividir, que deben ser universales, pero la esquizofrenia que se da entre esa objetivación y esta internalización debe ser mediada por una ética, y una ética diferente, no voy a decir los valores de lo bueno, lo bello lo verdadero, lo justo, no. Una ética de valoraciones, que tengan standards, por ejemplo que lo bueno, lo bello y lo justo son principios regulativos de la acción, pero eso no puede estar tampoco construido externamente. Es parte de lo que haría Fernando Sabater, de parte del amor propio.

EA -Ahora Xiomara tu dijiste hace un momentito algo bien importante y es que este discurso de Derechos Humanos es ajeno y viene de afuera hacia Honduras y que nosotros de alguna manera lo repetimos si se quiere decir como loros, sin entenderlo porque no lo vivimos. Pero entonces el reto, se me ocurre preguntar es, cómo hacer que eso bueno, eso bello a lo que tú aludes, que iría inherente a esa práctica de reconocer la alteridad, cómo se puede fomentar o gestar en un nicho que no ha tenido eso como algo propio, suyo, ósea que no tiene la semilla por así decirlo, y que aparentemente y por lo que uno mira de situaciones de educación, cada vez está más lejano.

XB -Exacto

EA -Es decir, es como una, no solo una paradoja sino una, una cinta que no tiene fin, cómo encontrar el punto del ovillo si de hecho estamos partiendo de que no lo tenemos y cada vez lo tenemos menos.

XB -Bueno pues eso es lo que planteo que es una utopía, dice que no es lo imposible sino que lo posible y lo que, decir cómo llegar a en los discursos cerrados, porque hay discursos todavía muy cerrados.

EA -¿Cerrado en qué sentido?

XB -Cerrados en el sentido por ejemplo de la normativa positivista, de los modelos neo-positivistas que están imponiendo, y que quíerese o no cuando hablas por ejemplo en un lenguaje neo-darwiniano, cuando hablas de los ciclos de la vida, los ciclos de vida para poder atender las poblaciones vulnerabilizadas, te está marcando un paradigma y un paradigma también apropiado externalmente, en una forma de exterioridad que no se ha vivido, pero es un discurso más seguro de alguna manera.... Bueno, si tenés cinco niños y no están bien alimentados cuales van a perecer, entonces ahí entrás que de alguna manera esos nichos seguros, esos nichos facticos tan fuertes, aprisionan, en cambio entrar al otro que te implica pensar y pensarte son nichos que todavía requieren muletas.

EA -Muy muy, muy muy resbalosos además

XB -Vivimos una modernidad como decía Bauman, líquida. Entonces en la liquidez, lo único que puede recoger la liquidez es un hecho frío, y un hecho frío es un número, porque el número es abstracto, pero lo demás es líquido, ósea vos ves la modernidad en nuestro tiempo lo que estamos viendo, que es lo que queda. Entonces como que volcar a esa utopía de derechos humanos es volver a buscar lo sólido, pero lo sólido de la constitución misma de un ser humano integral, pero la liquidez igual, hoy tengo un cáncer de mama como puedo sobrevivir o no, o tengo una quimioterapia, va en la liquidez del tiempo, pero no hay algo que haya cohesión social, entonces

nosotros no tenemos en esta Honduras ante la epidemia cuestión de discurso, pero ya no el discurso metafórico, de un discurso que link lo externo, lo endógeno, lo exógeno y que medie una dimensión humana que me haga sentirme en cierta forma en tu persona. Es muy complejo, porque realmente nadie vive la vida de la otra, pero hay un principio que no se establece en el mundo que es el principio de la solidaridad, que no significa caridad, pero un poco salir del nicho del seguro individuo y ser persona. Entonces habría que preguntarse si en toda esta trayectoria de VIH-SIDA nos hemos reconocido realmente como personas o no.

EA -Rorty plantea que para llegar a esa solidaridad hay que pasar por ese proceso de, que no deja de ser pragmático, decir de entrar a una, a una mirada de, de cómo yo puedo echar ventaja de lo que tengo enfrente para llegar a esa misma solidaridad, porque de otra manera, el lo llama como pragmatismo no, como que hay que ser pragmático para llegar a la solidaridad porque de otra manera no se puede objetivar.

XB -Ahí creo que Rorty tiene toda la razón porque tampoco yo no puedo tener una vivencia de solidaridad pensada metafísicamente.

EA -Ajá, ajá, claro, en lo abstracto

XB -No, tiene que, tiene que haber una mediación. Por eso te digo que en cierta forma, esa apertura, ese como librarse, por ejemplo los seres humanos en estos entornos te da sospecha. Fijate como viene la fragmentación, el individualismo, la sospecha, los protagonismos que son encapsulados en categorías, porque por ejemplo si te dicen "ah fulano de tal viene con un título de x tal, epidemiólogo, y de Atlanta, y del CDC y todo" dejo de ser persona, empiezo a ser un constructo de las virtudes en nomenclatura, en simbólicos. De pronto digo bueno una Emilia Alduvín, máster, está en su doctorado, ya no veo a Emilia Alduvín, estoy viendo el doctorado, estoy viendo la recurrencia, estoy viendo la presencia.

EA -Pero es un estilo de ser nuestro digo yo muy Hondureño, es decir eso.

XB -Pero muy enajenante.

EA -Claro, pero eso es digamos con lo que tenemos que vivir como sociedad y como cultura.

XB -Exacto. Ahora, ahí está el pragmatismo. Yo tengo que reconocer eso porque la sociedad civil en la que nosotros vivimos acá, es de las más fragmentadas que hay. Es decir, hay una especie de un juego perverso en todo el tema de VIH-SIDA, la seducción, una seducción perversa de que en la medida en que yo te saco o te quiero sacar del simbolismo, vos en vez de reconocerte en tu yo pleno, te instalas en una ceremonia de que ahora sos persona VIH, entonces te saco, te voy sacando, de pronto sos el símbolo del VIH, y te exhibo, pero vos te enamoras de la seducción del VIH. Entonces como te digo, ese es el pragmatismo. Cómo destruir ese pragmatismo y decirle a la gente mire vuelva a poner los pies en la tierra. Pero también como quitar la perversidad en el discurso nuestro que para poder decir que está avanzando la respuesta en la epidemia yo estoy construyendo una serie de constructos y símbolos cada vez más alejados de la dimensión ética y humanista del derecho humano. No sé si me captas adonde llegué. Pero es la vivencia, ósea por ejemplo yo me encuentro con muchas veces con gente que uno dice entrémosle, vamos de buena fe, pero ya en el otro está enfadada de la sospecha, que no cree que estoy actuando de buena fe, entonces me abre la ventana, pero en ese momento cierra la ventana, entonces yo estoy jugando con un juego de paradigmas de, de juego de, como jugás ajedrez. Como leer tu jugada.

EA -Claro, ósea. Como que manejo poder a través de eso.

XB -Ahí viene la instalación de un poder que es seductor, pero es perverso.

EA -Ajá, ¿Porqué quienes ganan? Ósea quienes apuestan.

XB -Nadie gana

EA -No, a lo que me refiero es quienes de los que han sido actores en el, en el, en el proceso nuestro, porque si vamos a mencionar o a más o menos recopilar los actores, tanto individuales, corporativos, o representantes de... En este panorama que tú planteas, pareciera como que es un ajedrez, tú misma dijiste la palabra. ¿Qué se apuesta? ¿Qué es lo que está en juego? ¿Quienes ganan? Tú dices nadie gana, pero si nadie ganara, nadie jugaría, de hecho hay ganancias.

XB -Es que se gana en la otra forma de poder, ósea el poder simbólico tiene un terreno, el poder simbólico hace círculos, el poder simbólico hace logias, el poder simbólico te instala y te da un lugar seguro. Ósea hay muchos de nosotros, o muchas de nosotras que para el referente de otra gente ya nos tienen instalados en el lugar seguro, los que perturban o los que aportan, que se yo no. Pero eso es falso, eso es falso. Ahora, alguna gente se lo cree, porque también ese poder seduce, y si tenés conocimiento un poco más de la media, obviamente volvamos a Bacon, conocer es poder. Vaya, cómo usas el poder. Ahora si fuera un poder para hacer un pragmatismo que dice Rorty de la solidaridad, es bienvenido. Pero el poder acá es un poder negativo, es un dominio negativo porque la transformación que yo quiero generar siempre está en la mirada del yo, no del alter, no en el reconocimiento de la otra o del otro. Nosotros un instrume, es una razón instrumental. Que si realmente vos ves el fenómeno de lo que hemos transitado en nuestro país si es una razón instrumental muy marcada. Entonces cuando vienen el otro, el otro discurso que va en contra de la razón instrumental, maolístico, no cala, porque la razón instrumental es la fuerza del factum. Ósea visto así, a pesar de que es una convulsión de haceres, a veces te engañas por la mirada, por el lenguaje, el lenguaje mismo corporal, el consenso que crees que lo has tenido, pero te das cuenta que es vacuum verdad, entonces volvemos al tema de los derechos humanos. Hoy más que nunca todo mundo quiere hablar del enfoque de derechos humanos, y me pregunto; Óigame enfoque, enfoque, ¿Qué es enfocar? Yo tengo mi cámara fotográfica, externa a mí, pongo y enfoco, y si enfoque mal la fotografía me va a salir desvirtuada. Entonces yo pienso que el enfoque de derechos humanos es un término todavía instrumental y entonces sigue siendo cada vez algo que circula que va generando adeptos y adeptas que no te comprometen y tú sabes que epistemológicamente no hay ningún discurso neutral, que una cosa es que toda afirmación de... tiene una dimensión política, que no es politiquería verdad, ni visión partidista, pero los juicios no son neutrales, la misma postura que te estoy transmitiendo ahorita, yo creo que responde a mi humanismo, y soy consciente que responde a mi visión realista epistemológica. Pero tengo una, todavía la idea, como ensartar o insertar un discurso que parece más liquido, que es la ética, porque fluye, la gente oye ética y piensa “van a decir que soy corrupto, van a decir que soy...” no, es que va más allá de ser corrupto, de ser ladrón, o ser modesto, o ser virtuoso verdad, es mucho más fuerte.

EA – Ahora en este recorrido que tú tienes prácticamente que desde el inicio de la epidemia, en el tema de VIH, con esta militancia real activa tuya en este tema que va más allá de un, de un posicionamiento al que te pueda ubicar . Tú como valoras en todo este tiempo, habiendo que, interactuado con actores representantes de instituciones, organizaciones, durante muchos años que han venido cambiando.

¿Tú cómo valoras que a lo largo de estas décadas, ya, ha sido entendida o ha sido entendido tu mensaje?

XB -Honestamente... estoy en pininos todavía. Ósea, si yo me hago una evaluación de 1 a 100, he llegado a un 20, a un 20% buscando otros nichos, ósea nichos por ejemplo a través de la academia, nichos a través del ejercicio dentro del foro mismo verdad. Pero realmente como te dije ya, no podría decir más porque sería desdecirme de todo el discurso que te he dicho.

EA -Como no, como no. Claro

XB -Es como entrar, a veces como te digo también es una ilusión, que no hice nada hice un gancho por ahí, pero después caminas 3 metros te das cuenta que el gancho...

EA -Te querían enganchar más bien

XB -Si, y era emocional y era un poco, dejemos el discurso este del debate, porque no nos gusta debatir. Entonces yo miro como te digo, llegar al siglo XXI y que me estén hablando de enfoque de derechos humanos o que me estén hablando de una lógica de resultados, donde tengo que cumplir, el derecho de, de los derechos civiles, económicos y por allá lo social, y por allá los otros, realmente yo dije, ¿adónde estoy?, ¿adónde estoy, qué he estado haciendo digamos todas estas décadas? Entonces es como una involución, como que la, la crisis económica, política no referente de para, de modelos de personas paradigmáticas te hace que tengas que instalarte en la nada, entonces de la nada tenés que cómo ver cómo salir para afuera y eso realmente es, desarticula lo poco que tal vez uno puede avanzar, de pronto la gente se dice, bueno pero no era así. Ahora me dicen que hay que fragmentar las cosas, en vez de hacer la cohesión, ahora me dicen no mire apostemos por allá por la normativa jurídica, otros apostemos por la atención integral, qué es la atención integral, otros mejor no nos metamos en el tema integral y pensemos que lo integral es la suma de las partes en el todo, entonces porque estos cientistas sociales están cuestionando la integralidad si esas partes están puestas, está el edificio, están las camilllas, está el epidemiólogo, están los ARVs. ¿Qué más quieren? Entonces el concepto de integral que esta inherente al discurso de los derechos humanos ni siquiera ha pasado por una criba, un ejercicio que se den cuenta la ingenuidad de la consciencia que ata la capacidad de pensar. Ósea, yo fríamente así lo miro, ósea si uno se instala en el siglo XXI y recordamos todo el ejercicio, la casi mis ... con Adolfo del SIDA, Rocio, buscando ahí tema en la normativa de derechos humanos, pues usted se pregunta, cuanta gente hoy, las nuevas generaciones se apropiaron de la Ley especial de VIH-SIDA, pero ahí uno mismo cayó en ingenuidad, que pensó que los efectos cascada de los que llegaron a sentarse, iban a tener un compromiso de ayudar a las familias, llevarles el documento de salud sexual reproductiva. No, no era así, el auto-engaño vino romántico porque también la empresa humanista seduce, así como seduce un mundo de mercado. Entonces tú de pronto tienes que tener alerta, no sos salvadora del mundo, que no estás buscando que te van a hacer un homenaje ni nada.

EA -Claro, canonizar

XB -Pero estás pensando que la, esa, digamos de cierta forma oportunidad o cierta privilegio, privilegio de haber transitado en la academia, de querer salirse como decía Nietzsche, saquemos la el pensamiento de los muros grises, y uno dice, bueno pero, pero cómo está mi hondureñidad, cuando los niveles de escolaridad son tan bajos, no llegamos ni siquiera a un 60% para el español, no llegamos a una, hoy nos daban unos datos terribles de los niveles de escolaridad, indicadores, entonces uno

dice, cómo nos perdimos en el escenario y tal vez hemos visto las retos especiales como llaman ahora, en que a una persona le falta una rodilla, una pierna rodilla un brazo, un dedo, pero no nos hemos preocupado por las discapacidades cognitivas, porque posiblemente muchos nos enamoramos de un discurso queriendo ser transformadores o poner una pildorita por ahí y hay discapacidades cognitivas que el discurso no llega, el discurso no es razonante.

EA -Ahora, a mi me llega mucho esa frase que tú estás mencionando ahora Xiomara, porque de alguna manera, y surge a raíz de la pregunta que yo te hacía que tanto se ha avanzado a través de tu militancia durante todos estos años, esas discapacidades cognitivas que aparentemente no se ven o que no se ven y que de hecho están haciendo que, que tengamos niveles tan bajos en todo, cómo se exponen, como se, como se, como se señalan, como se llama la atención sobre eso, cuando no tener un brazo es tan evidente, pero que te cueste trabajo entender algo que va más allá de lo meramente concreto, eso no se puede ver.

XB -No se puede ver,

EA -Y la gente para colmo de males de repente cuando tú estás explicando algo, y hablo desde mi experiencia académica, tú volteas a ver al auditorio y el auditorio asiente, pero asiente porque o quiere que lo veas que está asintiendo, o porque es costumbre, pero no porque te está entendiendo para nada. Entonces ahí, ahí la pregunta es, un poco qué hacer verdad, porque es decir, si nos damos cuenta que tenemos una materia prima cognitiva tan, tan, tan modesta, en la cual, sobre la cual trabajar y nos damos cuenta que es tan alto el muro que hay que saltar, hablando de fragmentación, hablando de seducción, hablando de tantas cosas que tú has hablado, un poco las vías cuales pueden ser, porque tú misma lo decías hasta la misma concepto de integralidad suele ser visto como necedad de parte de los científicos sociales cuando se reclama que eso no existe o que es una ilusión verdad, entonces un poco tu reflexión a lo largo de este tiempo. ¿Cuáles son las puertas de entrada?

XB -Bien, sigo dentro de la misma utopía, o sea la revancha contra la razón instrumental y hacer el ejercicio de la crítica aunque cueste, ósea estas llevando en la praxis académica y en la praxis afuera, el tirar al agua a la gente, el forzar de alguna manera que el discurso de no hacer mi discurso sino que como buscar digamos como construir un tejido que provoque que el ritual de agachar la cabeza o el aplauso se vuelva la interlocución, ósea bueno, ..., por ejemplo en este último periodo estoy ensayando estrategias diferentes a las que, tuve una experiencia ahorita con los observatorios ciudadanos que la gente venía, y yo no quise arriesgarme a contarle a ... que era lo que iba a hacer, pues estaba pensado que iba a venir la gente del observatorio de Danlí, de Ceiba, de Santa Rosa y de Choluteca, y Ania me tenía que, no ellos tienen que dar un discurso de lo que han hecho, ah que bien le dije yo, hagan discurso. Entonces todos pensaron que me van a poner un palo, yo voy llegar, esa no va a ser la metodología. Pero tu quédate pensando así, entonces tuve la oportunidad que me habían dado esas famosas pizarras que uno va poniendo los papelititos.

EA -Ah como no, como no.

XB -Esa metodología alemana la voy a empezar a implementar acá y vamos a ver qué pasa. Si no me dio un infarto ese día es porque realmente alguna fuerza de energía que yo tenía en la tierra. Empecé a hacer que las personas que habían coordinado el observatorio, invitase a venir al evento a personas que formaban parte del observatorio, ósea que eran los que tenían que haberse empoderado, escuchar la persona que coordinaba, al menos debería tener el discurso no. Y empiezo yo a ver lo

mismo que te estoy diciendo, fragmentación, discursos incoherentes, definiciones totalmente ajenas a lo que se suponía que habían estado conversando en un periodo de 6 meses. Entonces, todo el tejido que fue dándose demostró la fragilidad de Danlí, de Ceiba, de Santa Rosa, y el único que se salvaba era Choluteca, el único que había por lo menos traído a la persona que trajo de la alcaldía y todo, comprendía que era auditoria social, y porque era importante como el derecho a la información, el derecho humano llevado al tema de la Salud. Entonces, yo dije ok, que es lo que hicieron mis compañeras durante ese tiempo, lo mismo que nos ha pasado a nosotros cuando nos enamoramos del asentamiento en la cabeza y del discurso. No, pero es que yo les estaba ahí. No se justifique, no se justifique, ahora mire la verdad en su verdadera tinta, mójese, dese cuenta que usted no pudo llegar a ser el link. Y cuando usted le tuvo que revertirse el discurso no pudo amarrar la diversidad de expresiones, no lo pudo hacer

EA -Claro, no pudo señalar.

XB -No, se quedó absorta en lo que era el escenario del caleidoscopio de las diferentes miradas que posiblemente cuando llegaban a la misa todo mundo decía sí. Qué hubiese pasado le digo a ella, si hubiera puesto unas 4, hubiera dado un discurso bien hecho, todo mundo hubiera dicho así, así, lo hicimos muy bien. Caemos en la trampa nuevamente de la epidermis, eso por ejemplo uno se emociona, todo el auditorio aplaude, y entonces, y si llegas después ¿y entendió? Fíjese que era un lenguaje muy oscuro que no le entendí. ¿Y por qué aplaudió? Porque me iban a ver mal, ¿Por qué está asintiendo?

EA - Y porque todo el mundo aplaudió pues.

XB -Si, entonces los rituales tienen una fuerza ceremonial también, pero también el ritual consagra un poder, porque no es lo mismo que aplauda a un extranjero que viene a hacerse un discurso a que aplaudan a una Emilia o a una Xiomara. Entonces tiene una lectura.

EA -Claro, el poder simbólico.

XB - Entonces volviendo un poco a la pregunta que hacías, ese llegar a coincidir que el derecho de la salud no es un discurso externo, que están hablando de mi derecho a la salud, tiene que pasar por el tejido de los miedos, fíjate que no digo temores, porque por ejemplo yo tengo miedo a mi cuerpo si de pronto yo tengo una célula maligna, como la propia ignorancia o de los no querer saber qué me pasa a mí, rehúyo a cualquier evento tecnológico, que me pueden decir, fíjate que aquí están haciendo una mamografía y yo te voy a decir, no, sigamos platicando. Primero quiero huir del dolor, segundo, no quiero tener la idea que puedo tener, tercer lugar, no estoy dispuesto a someterme a una quimioterapia por todo lo que me dicen, viene la estética, se me va a caer el pelo, voy a poner tal. Ósea la lucha la primera lucha controversial es un yo consigo mismo, si ese yo consigo mismo no supera la enajenación difícilmente con inculcar un derecho a la salud.

EA -Y esa, esa, esa forma de cómo tu lo percibes, tu dirías que es generalizada, es decir.

XB -Tiene una generalización no homogénea, aunque siempre hay en las miradas excepciones a la regla, posiblemente en un entorno no de privilegio, tengas una campesina que no ha pasado por ninguno de estos niveles, y tenga una identidad y una armonía consigo misma más legítima que la que yo puedo tener. Pero lo que pasa es que esas personas no entran en estos tipos, esas personas son excluidas por su grado de escolaridad, por no tener una membrecía, por no tener un cartón, por no

manejar una credit card, no están en el discurso. Ahora bien, cómo llevar un discurso que sea de ese tejido de mi experiencia metodológica, oír a la gente hablar, oír a los que nunca han tenido la posibilidad de la academia, una audiencia ciudadana (...) que es realmente para usted por ejemplo, la menopausia. Cuantas gentes rehúyen a hablar del tema de la menopausia porque es la condena a la vez, ósea de lo inservible, de la no útil, entonces ahí miras vos. Mirá por ejemplo todo esto, el botox, el no envejecimiento y todo, para los 2, hombre y mujer, pero a quién le afecta más. A la mujer. Entonces tenes una fuerza y discurso cosmético, epidérmico y de poder también, porque no es cualquier mujer que se va a ir a hacer el tratamiento de botox, o cualquier otra cosa. Ahora por qué el ser humano en el siglo XXI, estéticamente es un objeto de contemplar, entonces volvemos al tema, entonces ese derecho a la salud cuando esta chica de 17 años se instala o se agranda los senos, no tiene en su imaginario que pasaría si a los 25 tiene un cáncer, o si el producto que le han instalado en su cuerpo tiene un efecto hormonal, porque no se ve. Entonces volvemos a las miradas cerradas, porque como tu decías, el integrar el cuerpo bonito, las partes puestas en el todo, eso no te importa.

EA -Y hablando a un nivel, digamos esto es bastante así como en lo individual, a lo que las personas pensamos o sentimos, pero hablando ya en términos más como, institucionales, organizacionales. ¿Cuáles son las digamos, esas expresiones de, de manejo de poder o de situaciones de fragmentación que tú has visto, digamos en estas, organismos en los cuales tú has podido participar? Estoy hablando de CONASIDA, estoy hablando de Fondo Global, estoy hablando de la propia Secretaría de Salud, estoy hablando de la gente que habla a nombre de VIH-SIDA, es decir como, como organizaciones, como instituciones que manifestaciones tiene todo esto de lo que tú has venido hablando del discurso de derechos humanos, del manejo de poder, de la seducciones.

XB -Reproducen, quito las internacionales porque bueno ellos vienen con otras miradas, por ejemplo el caso de ONUSIDA con una apuesta del estigma y discriminación, reivindicación bastante legítima verdad a la pretensión que tiene ONUSIDA o al Fondo de Población, o al Salud. Pero ya lo nacional son expresiones de lo que hemos estado hablando, por ejemplo uno pudo haber soñado en algún momento con la institución de un Foro SIDA como existencia aglutinadora, articuladora y todo, pero me doy cuenta que ahorita en la crisis financiera que hay, decir anularme, se mira como una relación decir, soy Foro SIDA, además soy Cruz Roja Internacional o Cruz Roja Hondureña, me cierra las puertas al mundo de las oportunidades de finanzas.

EA -De finanzas

XB -Porque si yo digo soy Foro, yo pierdo identidad, entonces nosotros hemos querido instalar a la gente que diga, soy "x" organización por ejemplo INIGES y pertenezco estoy inscrita al Foro Nacional de SIDA, pero soy INIGES y como INIGES tengo todo derecho a tener mis proyectos, porque el foro nunca pretendió ser una ONG más en el observatorio. Pero la gente no ha comprendido y todavía el siglo XXI no ha comprendido la intención real del foro, entonces el foro se ha visto como una competencia, ósea soy INIGES, soy RIMAS, soy esto y soy Foro. Entonces ese constructo, la verdad que llego a este periodo ya cumplimiento del plan estratégico falta un año, y no se logra, y la mirada es la fragmentación, no es el consenso de la solidaridad, de decir bueno tú tienes 10 mil dólares yo me voy a dedicar a la niñez tal tal, y tú 5 mil yo veo en tal población pero tú ve la otra y me hechas una mano y hacemos aquí una... eso debió hacer la armonía, pero el problema es que muchas

personas para ser personas, no de derechos humanos, para ser personas reconocidas necesitan tener un liderazgo construido.

EA -Liderar el tema

XB -Liderar el tema, y que se diga “x” con apellido está en su proceso, y que no se vaya a anular por una instalación mucho más armónica, porque esa instalación armónica invisibiliza, entonces realmente volvemos al modelo biológico, que si bueno si es así que no afecta pues uno cuando tiene sus hijos llega el momento de la mayoría de edad, o tal vez antes que el hijo te dice: ya crecí mamá, ya me diste todo, ahora yo me puedo ir de la casa. Biológicamente es entendible, socialmente vos quisieras que ese que es un nicho de alguna manera... ya no te vea como la mamá o el papá sino que su riqueza articule y te haga crecer, es parte del derecho humano, es parte del derecho humano que combate el egoísmo, por ejemplo, pero tenés otros elementos que están ahí cuando no hay una ética sólida. La libertad permite la manifestación de la maldad, entonces tú no puedes anticipar los aprovechamientos, los protagonismos, los anquilosamientos, es muy complejo. Por eso te digo que para mí entre la vertiente de la utopía hay un terreno poco trabajado y poco comprendido que es la ética. Entonces volvemos como te digo al punto de partida, si vos ves la sospecha, si vos ves la fragmentación, si ves los discursos cerrados, es un elemento en la base, que, miedos y los miedos tienen dimensión ética.

EA -Pero tu dirías que eso mismo ha sucedido en el caso de Honduras, al hablar como en esas organizaciones que supuestamente deberían de ser de, de integralidad de respuesta de gobierno, me estoy refiriendo específicamente a CONASIDA pues.

XB -Bueno ya como, como CONASIDA. Bueno ahí hay un tema tal vez una, como podría decir fe, una ilusión cuando se crea la CONASIDA dentro del marco de la Ley Especial del VIH-SIDA. La CONASIDA de un mínimo consenso, hubo un mayor consenso en la necesidad de la Ley Especial del VIH-SIDA por estigma y discriminación, pero se requería pues una institucionalidad que diera forma y razón de ser a la Ley especial, yo creo que el engendro por llamarlo de otra manera fue mal parido, debió haberse hecho una estructura más democratizada o más sencilla tal vez, o pensar- es que la misma ley en ese momento tenía una mirada muy reduccionista, era una mirada demasiado anquilosada en la fuerza que tenía estigma y discriminación de los 80s, de una mirada de pobreza, de una mirada de inaccesibilidad a los ARVs, una mirada también muy de caridad, porque pobrecito el que tenía VIH está condenado a la muerte, por eso la ley no tiene sanciones. Entonces la ley responde a un momento histórico “X”, pero no significa que debe ser eterna, por eso es una Ley Especial, entonces el devenir social, la dinámica social te ha puesto en manifiesto que esa CONASIDA pensada ahí no es la CONASIDA que debería estar rectorando un problema de esta naturaleza, y obviamente que tienen mucho atipo de carácter biológico, de clientelismo político, donde un tema de alguna manera castigado por la dimensión de donde surge el SIDA, no convoca a muchos políticos y no convoca cuando tenes fuerzas todavía oscurantistas que te dicen de eso no se hable, o eso es pecaminoso, o cómo vas a hablar de salud sexual reproductiva, o cómo vas a hablar de aborto terapéutico, o mucho menos de aborto no. Entonces en esa mirada clientelar, yo estoy a la apuesta de ganar ganar y no perder, porque el amarillismo pueden decir “x” político está legitimando la prostitución en Honduras, mi caudal político se va. Entonces pensar en esa mirada de lo político-partidista a tejer una CONASIDA con una dimensión política, amplia, incluyente, plural, de tolerancia bien concebida yo creo que estamos todavía a muchos años luz. Y no le miro todavía una dinámica. Porque una cosa es que de pronto, como fue la figura de Xiomara que

como mujer se comprometió, pero no era Xiomara Castro, era la Primera Dama, entonces la Dama era como la mirada también inequívoca de género, las Damas de la caridad, las Damas de la compasión peor ella convoca.

EA -Si, Las Evitas.

XB -Entonces yo creo que eso te da una evidencia más de hasta donde realmente los derechos humanos son bien comprendidos. Ósea, porque es un fenómeno a las puertas de un siglo XXI cuando para convocar la gente hay que hacer la ceremonia y el ritual, y entonces el Ministro de Turismo decía: "eso es un tema de Primera Dama", la Red Solidaria, es un tema de Primeras Damas.

EA -Y es un tema de Primera Dama en un entorno de Hotel, hablando del entorno...

XB -Mire, yo creo que las fisuras que tenemos son como te digo de una razón, fuerza de una razón instrumental, fuerza de una agenda donde no participamos como sujetas y sujetos de derecho, porque en la agenda no se convoca a todo mundo, y para que tú seas una persona que se compromete con una Ley con una política pública tenes que ser parte de pero no beneficiaria.

EA -Lo que pasa es que eso, a ver, eso se ha esgrimido como una de las fortalezas del tema VIH, es la participación, me refiero a la construcción de que el SIDA y eso, pero qué, qué ha sido eso al final de cuentas.

XB -Eso ha sido un, un esfuerzo, tal vez con una buena intención, pero no es la participación democratizada, porque también es una situación de oportunidades, quienes convocan, a quienes se convoca, los enlistados que hacemos, mira todo eso tiene un sello centralista. Lo ideal sería cómo tener una comunidad, imagínate una comunidad en Jutiapa, que estuviera convocando al alcalde y a las regiones, así como el tema inseguridad me está matando a los jóvenes, el VIH-SIDA me está matando, y está llegando a mi casa. ¿Qué hacemos? Cuando yo voy a mirar a María, "x", o personas en un grupo de auto-apoyo que vaya realmente con una vindicación de su derecho humano y me diga, mire, me estoy ocupando de un problema "x" que afecta mi grupo de auto-apoyo. No, van sumisos, con miedo al castigo, con miedo a que me quiten el viatico, con miedo hacia esos Ósea yo creo te vuelvo a decir, todo ese instrumentalismo es maquiavélico, es triste decirlo no, y puede haber que haya una ingenuidad, y puede ser que la gente se siente y no se ocupe del problema, y dentro del margen de la buena fe que puede tener alguna gente que se sienta en estos espacios, la tolerancia, el dejar hacer, el dejar pasar, ósea es un liberalismo mal entendido, una democracia mal entendida.

EA -Una pregunta quizás en relación a todo lo que hemos venido conversando Xiomara, a ver, a lo largo desde que te hice la primera pregunta y todo tu discurso revela un análisis de muchas capas, que tu puedes hacer del fenómeno, de muchas capas, de muchos momentos, de muchos actores. ¿Quiénes son tus interlocutores? ¿Con quienes tú dialogas? ¿Con quienes tú tienes oportunidad de construir esa mirada, y que sea más allá de tus propias reflexiones?

XB -Con los jóvenes, con una población joven, obviamente en una población joven que empieza a ver que no, que no está permeada todavía, voy a hablar en una forma, de la maldad. Ósea una población joven que todavía está con el deseo, la ilusión de hacer el bien. Aunque también no quiero caer en el romanticismo de pensar que porque me dicen que van a hacer el bien... No hay cimientos que se van tejiendo, porque por ejemplo con la población joven vos podés reconstruir lo que nosotros adultas y adultos hemos castrado, tenemos nuestra cuota de responsabilidad cuando

empezamos otros adultos o nosotros el examen que tiene que ser la repetición, que el verdadero y falso, que no hay análisis, oíme uno tiene una cuota de responsabilidad, porque de pronto el ser brillante alumna en un momento de nuestra vida fue porque éramos muy buenas repetidoras o porque la maestra quedaba complacida de que la letra A hasta la Z Wow, estaba... Pero eso es la castración más evidente de la capacidad de pensar, entonces uno tiene que empezar con ellos y con otros, aquellos que no están tan perturbados del enamoramiento del poder que empiezan a abrir una puerta humana y empiezan a pensar y a de alguna manera tener la confianza de compartir el sufrimiento, no para lástima, no para que le vayas a dar 100 pesos, sino que es una vivencia que te da la puerta de aprender. Yo te voy a decir con muchas personas que no son bien civilizadas que viven con VIH, que aún forman parte de mi grupo de auto-apoyo han sido mis maestras, porque les he escuchado, he escuchado unas dimensiones mucho más sensibles, mucho más del saber decir, estoy viviendo con un VIH y tengo hambre y no tengo oportunidades. Y no irme a decir tengo un VIH, dame, sino que empezar a ver cómo se vive la pobreza y no la pobreza únicamente de ingreso, la pobreza de ánimo, la soledad incierta... las luchas entre ellos mismos verdad, el tema de quien canaliza, quien lidera por los grupos de auto-apoyo sino a ellos, hay pleitos, hay a veces tal malestar que la gente se va, hay supuestos de que si vos estás con un proyecto "x" te estás ganando, te están dando miles, y entonces la gente además de tener la enfermedad del VIH, tiene la enfermedad de la envidia, de la intriga, de desacreditarte, y vuelvo a lo mismo, o es que vuelvo al entorno, la dimensión ética, no una visión moralista, eso es otro rollo, sino que el sentirse y digo bueno, tenés tu propia problemática, ¿Por qué quieres ver más jodido o más jodida al otro que está a tu par? Porque no te complace la idea de que tú estés bien, o que vivas con VIH, yo además de que tengo el VIH, estoy desempleada, mi marido me dejó por una mujer más joven, etc. Entonces, eso como que el ser humano no es capaz de poderlo manejar pero yo tengo que ver lo malo en ti, y no creer en ti, vuelvo al tema de la sospecha, entonces yo miro, por ejemplo la auto-discriminación, la auto-exclusión, en los propios grupos. ¿Porqué? Porque estamos todavía con la idea del líder, el líder mesiánico que te lleva de la caverna, bueno al menos en Platón el hombre de que vio la luz regresó y le dijo a los demás que estaban equivocados, pero aquí el que va arriba no regresa.

EA -No regresa. ¿Esa es tu experiencia que has visto en los grupos? El que va arriba no regresa

XB -El que va arriba no regresa. El que va arriba se enamora de aquello que en una situación realmente, no voy a decir triste, porque todas las enfermedades que uno puede tener pueden llevarlo a uno a la tristeza, pero como que no abre la puerta a transitar por ese pragmatismo que te lleve a la solidaridad con el otro.

EA -Pero debería de ser, es decir, es parte del rol o del guión que se supone que es el que va arriba, es parte del guión que debe de, de jugar, sino de manera genuina por lo menos siguiendo un guión para mantenerse arriba. ¿No es así?

XB -No, porque asistimos al gran teatro, y el gran teatro son los reconocimientos, los aplausos, los diplomas, las cartillas, la foto. El teatro atrae. Y el teatro ya te lo estoy hablando como la idola de Bacón no, que se reproduce en el siglo XXI, la idola del mass media, de los medios de comunicación, como encuentran su culpabilidad conciliada, casi parecen veterana no, que cómo yo te estoy ayudando a ti, cómo mi organización está haciendo, entonces yo ya mis pecados capitales están conculcado, ahí asisto al teatro, a las idola de la tribu, la idola del fori, a la ídolo de la caverna y yo digo, puchica, esta gente que ni siquiera era ...ada a transitar en una hondureñidad, realmente el ser humano lleva la caverna instalada. Todos somos una

caverna, desde que nacemos. Entonces cuando yo miro un César Amado, cuando escribía lo de la caverna inspirada en Platón, y condenaba digamos toda esa idolatría, todo ese mesianismo, toda esa religiosidad perversa para callar la consciencia, te está volcando a la caverna. Porque uno lo diga, y uno tiene que hacerse la pregunta. ¿Cuánto es la apuesta de tener sujetos críticos que tengan, (indistinguible). No, teóricamente y en pensamiento, en búsquedas, en alianzas hacia un fin que vos no dudes.

EA -Pero cuando tú hablas de esos jóvenes, te refieres a jóvenes viviendo con VIH, o jóvenes alumnos, o jóvenes de que...

XB -Digamos puedo ver 3 dimensiones, jóvenes que viven con VIH, jóvenes de la academia, ósea los que empiezan, las personas que vienen con una castración forzada por el garrote de la memorización, pero es la población como que más permeable, y tal vez fue la población más olvidada, porque debo reconocer también nos quedamos en un optimismo con los jóvenes, el joven para el afiche, el joven para repartir condón, yo ya estoy vieja me duele la rodilla ya no puedo caminar, pero el joven tiene energía. Entonces que fue el pensamiento mío que nos ha estado costando también, porque pensar en una liga de la juventud diferente, porque era como tener el capital humano de relevo generacional, que yo soy feliz cuando yo tengo a uno de los compañeros que están en el Foro que yo lo puedo tener en un dialogo como el que tengo contigo, y que me pueden provocar, y que puedan tal vez hacerme pensar cosas que ni siquiera se me ocurrieron, sobre todo es porque ellos tienen ahora la ventana de la tecnología pero no usada para divertirse, para el placer sino que cómo hace la tecnología para instalarle un mismo constructo social de cómo vérmela con la población. Por ejemplo ayer, no se va a poder hacer lo del, lo voy a hacer el lunes. Mira un muchacho, viene la antesala del día internacional, hago una parodia con el derecho de la salud. Entonces yo no les voy a dar pautas, entonces ahí empiezo a escuchar entre uno dice, ideas, voy a hacer este programa show de no sé qué señora de Perú, ridiculizando. Cuando me dijeron, regresar al tema de los derechos humanos, entonces yo estaba, a ver qué es lo que me quieren decir ahí. El tema de la indefensión, el tema de la impunidad, y nos llenamos la boca de derechos.

EA -¿Y cómo ellos lo, lo, lo actúan o como lo idearon?

XB -Como una parodia, como Laura en América. No me lo imagino, no sé qué va a pasar el lunes.

Ajá, pero en esa parodia, ¿Hasta cierto punto se reflejó lo que hemos venido hablando?

XB -Fíjate que si, ósea que el joven, estoy hablando del joven de 17, 21, 22 años, empieza a descubrir, aunque no lo dice todavía abiertamente, las trampas de los adultos. Empiezan, cuando ellos ya son partícipes de los eventos, ya empiezan a ver las intrigas, y empiezan a leer los escenarios, una de dos, a ellos les queda dos alternativas, o entrar al teatro, o estar al margen del teatro. Eso ya no te lo puedo decir que va a pasar porque no se cuales son los nichos futuros que les vengán. Entonces, mi ilusión es una ilusión como experimental, ósea con todo este tema de los derechos humanos, la abogacía, por ejemplo teníamos toda la gente de trabajo social, una experiencia interesantísima, 10 meses al foro, cuando haces el balance ético, humano del grupo de trabajo social, tú vas a decir que bien, que bien trabajaron todo lo cognitivo, que bien. Preguntémosle como son las relaciones humanas del día a día entre ellos, difíciles. Difícil, competitivas, fragmentadas, hay "yo'es" que se imponen, entonces uno dice wow. Es una generación ya grandecita, ya no solo los jovencitos. ¿Por qué? Porque el paradigma que fuiste dando al docente, que también tenemos

cuota, de alguna manera vos, aunque no te propongas hacer escuela, indirectamente estás generando miradas, pensares, sentires.

EA -Si, si, si. Y eso tú cómo lo has valorado a lo largo de este tiempo, es decir...

XB -Un reto, es un reto.

Yo lo que siento es que, muchos de los que nos hemos iniciado y continuado en el tema de VIH, hemos aprendido de vos, hemos estado con vos, pero vos de alguna forma a lo largo del tiempo, podrías como hacer, no, no diría tanto como una clasificación, pero si, sacar algunas conclusiones gruesas de la cosecha pues o de las cosechas.

XB -No, yo creo que por lo menos mira, creo que en el terreno, y creo que no, no es por tampoco halagar, del área social, comprometido, ha sido mínima, mínima la cantidad de personas. Yo te cuento a vos entre ellas, pero así como en el área social que yo dije en este momento viendo la gente que he compartido, bien que seamos en algunos compañeros, algunos alumnos también de la carrera de Filosofía, pero fueron así como, chispazos, de momentos verdad.

Por ejemplo en el tema jurídico, pensé en un momento dado en el otro colega de Filosofía, Ramón verdad, un poco más... pero no de pronto vi que fue un momento, pero no hubo la continuidad, ósea hay otras cosas, y es parte de la dinámica. Entonces yo creo que algunos ámbitos del terreno de las ciencias sociales para el tema de SIDA, son terrenos todavía con tierras movedizas y ásperas y no son nichos seguros. Entonces, eso significa que tienes que comprometerte, que tienes que tolerar lo que no te gusta, que tienes que tolerar que sos el ruido, que sos el obstáculo, que muchas veces es preferible para muchas conciencias no estar ahí, que no estén ahí, porque son más perturbadores, son el demonio de Maxwell los que mueven. Desde el plano, tampoco es que ha habido mucho crecimiento, desde el plano no-cientistas, epidemiólogos, todo, ha habido tal vez una mirada poco a poco acercarse a la parte humana de algunos médicos, no de todos, porque está la ceremonia de ser un médico, el poder de las gabachas. Entonces yo pienso que una curva del 80 al 2010, hay una estabilización...

EA -En la respuesta, en la gente, en el compromiso.

XB -En la respuesta, en la gente. Ósea está conforme que cree que ya llegó a lo que tiene que dar, así lo leo, que los que reprimieron dicen bueno sí, el tema de derechos humanos hace que nosotros ya no tratemos tan bruscamente a la persona, pero entonces es una instalación como si ya llegamos a eso, como la respuesta que nos dieron en tu presentación, si estamos haciendo ya la reforma del sector salud, estamos pensando. Pero no se me olvida, cuando hago la pregunta, y me dijo cuando sea el tema de derechos humanos la vamos a llamar a usted, ... Creo que vuelvo a la pregunta inicial tuya. ¿Cuál es la concepción y la apropiación de los derechos humanos *per se*? Y no cómo distinguir, porque entonces yo use como el adjetivo calificativo que es porque está la reforma del sector salud ya fabricada y ya puesto el edificio, tal vez se me ocurre una idea genial y le pongo al barril, le digo ahora hay derechos humanos. Eso es absurdo. El tejido se hace desde la base, no se hace después. Entonces yo creo que eso te hace pensar que la gente está instalada, que la gente le es interesante el tema a medida que hay avenidas. Pero yo no he visto, a ver, a ver así una transformación...

EA -Avances

XB -No, no, más bien la provocación que yo veo que pone un poco el dedo en la yaga es el compañero de ONUSIDA, porque trae a colación otros temas, tal vez con más ruidos que los que estamos acostumbrados, porque ataca mucho la moral y las costumbres de la sociedad hondureña.

EA -Si, si, si, si.

XB -Pero dejan perplejidad

EA -Como no.

XB -Es un mundo, es una invitación a la perplejidad.

EA -Claro

XB -En cambio de lo que nosotros estamos hablando que es fuerte, que es un terreno duro todavía, sobre todo cuando se habla de política pública, cuando se habla de protección social, cuando se habla de salud sexual reproductiva, no, no puede ser tan ingenuo que eso no se puede quedar en un modelo biologicista, claro que eso es lo que te hago oír, y todo mundo lo puede repetir, y lo escribís un libro y lo podes poner en un examen.

EA -Si, si, si, si exactamente.

XB -Pero llegar al constructo.

EA -¿Qué significa eso?

XB -Qué significa eso.

EA -Y cómo eso se puede, que sé yo, superar.

XB -Claro, y que sabes que no es objeto de venta, que es humanizar una respuesta, por eso te digo, para mí va a seguir siendo los derechos humanos en SIDA la utopía, o será que pasemos el siglo XXI, pero va a ser la utopía. Va a ser como el motor que de alguna forma te diga, te convoque como humana, como humano, a pesar de que te pueden enterrar y no vas a ver cambios, entonces va a ser como la ilusión, dice un motor que dice que..

EA -Si, si, que permita el movimiento

XB -Ósea que permita, y que te mueva a ti a dentro, no porque te van a dar un cartón, no porque vas a tener un doctorado, sino que sea algo de tu identidad, de tu autenticidad personal, y que esa autenticidad no te la venga a desbaratar un juicio positivista, un modelo neo-darwiniano, o u capricho de alguien que tiene el poder en las manos. Entonces ahí queda realmente superar el déficit de una discapacidad cognitiva cuando el yo realmente se afirme, y diga yo pienso, yo actuó, yo me puedo equivocar pero yo puedo corregir. Pero claro voy a corregir también en la medida que haya interlocutores.

EA -Ajá, si. Eso es clave.

XB -Porque en realidad yo a veces me pienso y le digo a Wolfran o Leo, yo no sé hasta dónde puedo llegar con tal y tal pensamiento, porque posiblemente voy a tener 2 epítetos, hablo bonito, y uso un lenguaje que no le entendí.

EA -Si. Algunas veces, ya que lo mencionas, y quizá para finalizar Xiomara, las 2 cosas yo creo que es decir, son parte del imaginario colectivo de la gente con VIH-SIDA al pensar en vos, me preocupa la segunda parte porque, bueno me remito de nuevo a lo que tú ya has dicho de eso de las instalaciones, de los teatros, de los

guiones verdad, que se cumplen pero, pero, pero al final de cuentas, pareciera que no hay mucho avance según, según tus mismas palabras.

XB -No, yo no veo mucho avance, fíjate que más bien, el fenómeno teatro también de la politiquería, puso en evidencia la fragilidad, la esponja de los derechos humanos, de alguna manera u otra era como cuando vos inflas esas bombitas de jabón, y tuviste unas bombitas bien bonitas, así como van los foquitos, pero si alguien con una maldad viene y desinstala y desenchufa eso, que queda.

EA -No mucho.

XB -Entonces ahora, vuelve a ser el discurso de los derechos humanos, con una concepción, un discurso de izquierda. Fíjate como viene la instalación ideologizante, por la dicotomía, por el maniqueísmo, hasta eso de las camisetas blancas y todo, oírme es una imaginario pero una instalación epidérmica, porque yo no creo ni que la gente de una camiseta blanca tuvo una concepción ideológica –política de poder considerar el fenómeno social que estaba viviéndose, tampoco pienso que los que están en la Resistencia tienen un discurso.

EA -Es lo mismo solo que con diferente color.

XB -Claro. Y qué paso. Por ejemplo mirá esa figura de Mel. Mel gana porque construyó un ídolo.

EA -Ajá. Claro. Ídolo muy a la película mexicana no, además.

XB -Ese ídolo que no le costó, que no le costó nada. Entonces era un gobierno que estaba en crisis, pero de pronto las cosas le cambiaron. De la liquidez, el sí salió de la liquidez hizo un concreto. Pero quien hizo la figura. Entonces volvemos a los derechos humanos. Cuanta gente de la que nos sentamos en la discusión de CONASIDA comprende. Bueno, para que más el revés que me llevo yo con la novena ronda, cuando el proyecto del Foro SIDA las constelaciones no entran porque yo comente que era un proyecto de derechos humanos.

EA -Ajá entonces tenía como cartel ideologizado hacia la izquierda.

XB -Entonces eso no entra, No, no solo izquierda. No quieren derechos humanos y la verdad que mí de igual poner derechos humanos, hey le dije Alberto, y en que estamos pues.

EA -¿Por eso no entraba? Esa fue la...

XB -No, no entró, ni siquiera sé no, este es un enfoque de derechos humanos, oírme en que estamos. Pero a mí me dieron, y porque yo descubrí después, porque me lo dijeron y nadie me ha dado culpa, en eso aumente que habían visto la propuesta de CONASIDA ... documento.

EA -Qué barbaridad.

XB -Entonces claro, nosotros estamos apropiando en la habilitación, estábamos con el entorno de los médicos de familia de los cubanos, hacer un trabajo realmente de la raíz de donde no hay nada. Entonces Alberto, Alberto salió desubicado, diciendo en que estamos. Y todo el mundo se llena la boca, no ahora esto es ... hablar de derechos humanos, pero rasga, mete la navaja de ocavo, ahí metela que es derechos humanos. En el proyecto ya aportaron recuperación. Pero a mí por ejemplo, me dice un médico que estaba en Comayagua, que la señora de las tortillas paga 30 lempiras y es una paciente con una adherencia, y yo le pregunté, le ha preguntado a la mujer de las tortillas si hoy no le cobra los 30 lempiras en que invertiría, le ha visto los zapatos- Si anda casi descalza. Ah entonces esa mujer en la

que usted comanda. Mirá somos miopes, somos miopes. Yo te voy a decir que el mismo evento de lo que le pasó a Alex, fue la emergencia mía que hablo tanto de derechos humanos de mi propia indefensión, entonces yo me pregunté, abogando esto, estoy en una indefensión no encuentro cuerda de que atarme. Que es lo que pasara con alguien

EA -Que no entienda

XB -Que no entienda. Desaparecen, desaparecen así de sencillo, entonces yo dije puchica, pero me dice, pero usted Xiomara. No, es que realmente no tenía salida. Entonces yo le dije, puchica volverme a pensar, entonces, en que estoy. Además cuando me dicen, porque no llama el coronel que está ahí con lo de Y como se da. ¿Para qué? Para evadir la responsabilidad, para camuflar el accidente. Entonces yo me pregunto ¿Para qué? Para que lo iba a tener, cuando él me dice, me hubieras llamado igual a las 3 de la mañana hubieras ido, y las cosas hubieran sido diferentes. Yo le pregunto, ¿en qué hubiera sido diferente?

EA -No era el hecho de borrar la cuestión, sino de qué ha venido después.

XB -Fíjate que le dice, mira como eso o no CONASIDA, me dice el policía, porqué no se fue me dice y estaba Wolfran, y le dice mijo, yo llamé a la policía y llame a la ambulancia, no creí que yo era el culpable.

EA -Empezando por ahí pues.

XB -Primero no creí. Porque le decía a ..., miré tenga más cuidado a ese. Disculpe señora fiscal, con el respeto que me merece, yo no me considero culpable, yo he llamado a la policía, yo llamé a la ambulancia y ante al ver la muchacha que había tenido un accidente no me iba a ir. Entonces le dice...

EA -Pero eso de nada valió pues.

XB -No, entonces ahí es donde, y le digo yo, y si te vuelve, volviera a pasar le digo Alex, ¿Qué harías, ter irías? No, no me voy. Fíjate que fue una, me encante el ..., porque lo lógico, es yo no estaría ni en este rollo.

Ay si no lo vuelvo a hacer.

XB -Entonces diría, ... como me voy. No dice, me quedaría. Claro, yo se que la perjudicada son mis padres porque yo no trabajo verdad.

EA -Así es, así es.

XB -Pero mire fue el momento más crudo, yo me siento tan indefensa, cuál derecho humano tengo para defenderme, ninguno Emilia. Entonces que he estado haciendo yo, con el tema de los derechos humanos también yo misma he tenido una exterioridad, y cuando tocó en la propia casa me di cuenta de la...

EA -Si, de la fragilidad

XB -Fragilidad. Entonces, es un reto, pero mirá poca gente le quiere apostar a un pensamiento crítico, y a un pensamiento donde sabes que tenés la mayoría en contra. Es un mal tolerable, por ejemplo yo sé cuando hablo de mí, me vale, la cualquier... como esta Emilia, por ejemplo ayer con la ..., mire esta situación es con su doctorado y su tesis, porque vamos a buscar otro consultor, ... Comprometámonos a ver las deficiencias de esa gente, y la verdad es que yo no le tome mucho interés por estar en demasiado lio, pero cuando vi el producto, cuando empiezo a ver el producto...

EA -Hay que verlo con calma, hay que verlo con calma, con detenimiento y más en la parte esta de comportamiento que es cómo repetir, repetir, repetir al infinitum las mismas estrategias. No, pues yo te agradezco Xiomara, creo que ha sido bien, bien rico...

XB -Pero, ... estas dos luchas, las, porque no considero que me digan que el bosque prevalece sobre el hundimiento. Yo no creo que si yo vengo a ti y te doy una enciclopedia o un libro que se yo de Jurgen Habermas, sobre ..., y te lo regalo vos lo vas a echar a la basura. Entonces yo no puedo generalizar que todo lo que se regala no lo valoran. Entonces de quien le es instalado en la mentalidad de la hondureñidad, que tú tienes que exigirle al más pobre, el más descuidado, deshabilitado que tiene que pagar aunque no coma.

EA -No y lo que se dice por lo menos he leído yo en algunos estudios que, que quien, que se supone que se hace un estudio y que quien no puede pagar no paga.

XB -A la hora de la hora no, no es así. Y sabes que pasa, el efecto de la herencia, la gente se está saliendo del esquema, mira el boom, el boomerang esa gente que ya deja de ... pa pagar, sigue teniendo relaciones sexuales, cuando la otra persona que pueda llegar a una situación de tener esos ARVs, no los va a tener, porque el país no va a poder estar comprando de líneas superiores. Pero a la gente no le entra. Yo te puedo decir, me decía Elsa que a veces también se pone terca, a entonces el diabético, es diferente, es diferente en el diabético, debería de no pagar también, pero no es la misma condicionalidad. El diabético puede tener trabajo, pero si vos vas con un VIH y sos transexual no te dan trabajo.

EA -Es diferente

XB -Pero dice Elsa, es que todos entonces. Por favor Elsa lee la diferencia. Ahora yo no, yo lo que quiero es un economía solidaria, pero como parto, como uno son, sentémonos, pongamos reglas. Pero si Emilia el día de mañana no tiene un cinco, y vos decís con honestidad, discúlpeme ando bien vestida, ando mi ropa limpia, pero no tengo millones y hoy no puedo pagar. Que te traten como un ser humano, la trabajadora social que permita el medicamento y que se les ... no podes, que te permita el medicamento, es el derecho a la vida. Cómo me puedo apropiar como trabajadora social de condenarte, o de humillarte, o de violentar la actividad del ser humano, porque el reclamo de la forma soez es violatoria de derechos, pero el trabajador social cree que no es violatorio, porque es el cumplimiento de su deber de contener la plaga.

EA -Hay que discutir más a fondo ese tipo de cosas.

XB -Como dice Juana La Loca, funcionan. Ósea, las funcionarias son porque funcionan, esas personas pueden estar en puestos, funcionan. Exigen la cuota, reportan la cuota.

EA -Es su deber, es su estilo, es su costumbre ya

XB -Está ahí. Así que te dispara, como con esa, a mi me hace ruido, este rollo continuamente no. Cómo tiene uno que sortear, los juicios, por ejemplo yo ahorita tengo una acusación fuerte, de llaves de Rosa, estoy en un proceso legal pero que voy a iniciar hasta Enero. El Foro nacional de SIDA acusa a las personas que viven de VIH para sus fines, el Foro es una competencia desleal, yo recibo eso dejo que pase el primero, mando cartas ocultas, a mi no me llego la carta, se la dio, ella tiene un problema con la edad con Yobani en San Pedro, mando carta oculta a Alberto, a, al gerente de departamento, a mi no me copió nada. Y Alberto realmente es un tipo con carácter, con ética y me dijo Xiomara yo tengo una carta, y ... esto y esto, y kenet la

tiene, hicieron una reunión a excepción Naciones Unidas, poniendo en tela... nadie dudó del Foro, por lo menos eso es una carta de garantía. Pero yo dije una cosa, una cosa es tener VIH, y otra cosa son la dimensión ética, pero usted la quiere arruinar, no es mi estilo, pero le voy a pedir que hable con el abogado que me demuestre, que me demuestre como uso las personas con VIH-SIDA, porque las personas que trabajan al Foro, que son en cierta forma ricas de ONUSIDA o el Fondo de Población no son parte de nuestro staff, tienen todas las prebendas ahí lo que quiera, espacio físico que he dejado en mi propia casa, y yo nunca he visto, ni siquiera le he dicho un favor a una persona, defiende el foro, nunca, ni un valor competitivo para un proyecto mío de foro, nunca, estando la gente ahí, estando Benita en el MCP, todas las reuniones que yo he tenido para proponer mis proyectos han sido excluyendo a Benita,, usted no se contamine aquí, usted está en su mundo, cuide su salud, haga las cosas que no sean de aquí, mire bien esta mujer que ha crecido en Foro,Es lo que te digo, es decir el ser humano se es seducido rápidamente por el poder, pero es un poder constructivo. Ahora yo te voy a decir, me abordan en San Pedro a mí, y lo hace un comunicador social, La Vaca, algo así, porque estamos apoyando con esta cosa de ser manager hasta de conciertos, imagina en lo que me he metido.

EA -¿De qué?

XB -Manager para los conciertos de Barrio Tranquilo, los que, y sale el tipo de San Pedro y dice, sí pero que el Foro qué hace con los comunicadores sociales, y tiró la batería, que en ese mundo estoy, que me puso algunas cosas en defensa del foro. Y yo mire le digo, si la Fundación Llaves que tuvo su apoyo con Foro SIDA ha capacitado comunicadores, ustedes son los que tienen que hacer el efecto cascada, que quieren seguir pegados al cordón umbilical, yo creo que usted y otros comunicadores ya pueden hacer un efecto multiplicador, se quedó callado. Pero yo de una tranquilidad, otra gente llega, hey justo estas peleando con... No, yo no estoy peleando con nadie, te imaginas como el lenguaje se va hacia las luchas de poder, discúlpeme, la lógica para mí es sensata, un día el hijo creció, el hijo decide irse de la casa, si un día regresa a la casa, es libre, punto. Pero mira, en eso estoy, ahora si yo le dije a la gente no lo voy a dejar así, me es un costo económico, el Foro no tiene muchos gastos, entonces abogado solo quiero una carta donde él se disculpe públicamente y mande la excusa y si no le voy a tener que entrar a una querella, que no quiero entrar a una querella porque...

EA -Si, hasta se va a ver como que es pleito por fondos.

XB -No me interesa, pero una disculpa humana, por eso yo hable con cada una de mis cooperantes uy les dije voy a entrar a mi proceso, pero mi proceso no es agresivo, mi proceso es más ético que jurídico.

EA -Si, como de enseñanza.

XB -Que no es por su condición de VIH que puede insultar, porque él está acostumbrado ahorita a insultar a todo mundo, ósea una persona dijo, bueno que la maestra Xiomara que es positiva, pero que asume bien su trabajo. Yo no pretendo demostrar que sea positivo o no, pero le dije yo a Alberto mira las trampas de derechos humanos, cuando se genera el proyecto Viene con una sana intención, generación de trabajo para personas que viven con VIH. ¿Cuál era la condición? Ahí está la trampa, que tienes que ser VIH y tiene que ser público. Entonces yo le dije a Alberto, has pensado algo, cuanta gente tuvo que decir que era VIH por pobreza y por tener hambre.

EA -Sin que sea cierto

XB -Puede ser que sin que sea cierto y que sea cierto. Cuanta gente pensara en su imaginario que muchos de los que estamos en puestos somos VIH y no tuvimos que pasar por la presentación de soy VIH para optar a un puesto en Pasca o un puesto en Cuba. Entonces que es lo que hay adentro rumiando, odio, odio, así de sencillo.

EA -Envidia

XB -Envidia es todavía muy suave. Es un odio. Yo tuve que decir mi condición serológica porque me fui forzada para optar a un empleo, yo te muestro la cara pública del VIH-SIDA, te das cuenta, aunque haya escalado, aunque haya sido muy reconocida por estar ahí, cuenta. Entonces le digo, una buena intención de ONUSIDA no pensó en el agravante de derecho humano, porque era forzar la, era forzar sutilmente la confidencialidad de su condición serológica, porque Pudo estar todo el tiempo callado y llevar un liderazgo, pero ni Allan ni Rosa hubieran entrado en Yipa, si no hubieran declarado públicamente su condición serológica. Es una dimensión humana que la entiendo, cuando te decía, una expresión de la libertad es la maldad. Entonces si uno llega a entender eso en el ser humano, como nos ha pasado con varia gente que uno ha apoyado, hay que entenderlo desde la expresión de la libertad porque si no estaría enterrada. Te imaginas que yo me llevara toda esta congestión de emociones a mi casa, ya no existiría. Y la gente que juega con el morbo no, que pasará, que estará pasando con Rosa, que pasa. Yo estoy ocupada, preocupada y otras cosas verdad, que eso es parte, estoy por ejemplo, para el día esto del internacional tuve que hacer un artículo con el tema de derechos que de hecho me ha servido de ejercicio contigo, un poco de convocar a pensar, cómo realmente concretizar...

EA -El tema de derechos humanos

XB -El tema, que deje de ser un tema. Que sea una vivencia, una visión de mundo. Una convivencia ciudadana.

EA -Claro, que deje de ser un tema

XB -A eso voy, bueno. Espero que te sirva.

EA -No pues yo creo que, yo creo que ha sido, honestamente más, más, mucho más de lo que yo esperaba, porque creo que está como muy actualizado, muy crítico, muy auto-crítico y muy introspectivo también diría yo.

XB -Si, correcto. Por lo menos para no estancarme. Jugando un poco les decía que que problema el mío, fíjate que mientras no estoy en la universidad no uso el bastón, mi problema de no oír y toda esa cosa, solo es que me hablen de la universidad que voy a retornar y regreso al bastón.

EA -Y te da por buscarlo. Pero es una cuestión de equilibrio verdad Xiomara

Fin de la entrevista

ANEXO O. ENTREVISTA # 4 ELSA YOLANDA PALOU. 17 DE DICIEMBRE DE 2010

EA-Hoy viernes 17 de Diciembre, tenemos el gusto de estar aquí con la doctora Elsa Palou para conversar doctora quizá si me permite un poquito el contexto brevemente, yo estoy queriendo finalizar, bueno estoy 60% digo yo, mi tesis de doctorado, este esfuerzo lo vengo construyendo hace un poco más de un año, estoy queriendo hacer un estudio que pretendo denominarlo "*Genealogía del VIH Sida en Honduras*" dando una mirada entonces como a la evolución que ha tenido el tema en diferentes aspectos desde lo que son emisión de políticas, estrategias, implementación de planes, ósea es un estudio documental por esa parte, pero también no voy a descuidar el discurso de las personas que han sido referentes por así decir, en el caso suyo pues con mucha más razón, referente no solamente por su profesión, por su entrega, sino que también tiene mucho que decir en la parte de la formación del recurso humano, tiene mucho que decir también desde su faceta como miembro de CONASIDA, tiene mucho que decir también sobre su faceta, aunque fue breve, rectorando la Secretaria de Salud, y creo que pues nos podría dar una visión desde múltiples facetas, eso sí le voy a solicitar verdad que cuando vaya usted haciendo ese recorrido pues procure ubicarse en esos diferentes momentos que le ha tocado vivir

EP- Aja, en el tiempo...

EA- Que indudablemente, no solo en el tiempo, sino en los roles que a usted le ha tocado jugar y eso va a enriquecer indudablemente muchísimo lo que podamos conversar. Entonces va a ser una plática abierta, usted siéntase en la libertad de tocar los temas en el orden que crea conveniente, las facetas o las personas, los actores con los cuales usted ha tenido la oportunidad de interactuar que le vamos a ir sacando provecho a esa plática.

EP-Perfecto, bueno, pues podríamos decir que podemos empezar cuando en el 86 yo regreso de la sub especialidad en los Estados, de infecciosas, y me encontré acá, empecé a trabajar con el estado en agosto de 1986 y me encontré los casos de VIH que en realidad no había nadie preparado para atender estos pacientes, había como un rechazo verdad en ese momento, de las familias de las instituciones, que mas que rechazo pienso yo era miedo y desconocimiento, básicamente. Entonces decidimos empezar a manejar los pacientes aquí en el Tórax, y ya en el 87 aberturamos un área de atención a VIH que tenía 7 camas en ese momento, y empezamos a ver los pacientes en la consulta externa. Recuerdo que en esa época pues la verdad nadie quería trabajarlo, de enfermería costó mucho encontrar quienes quisieran trabajar en esa área, de lavandería recuerdo que nos quemaban la ropa de los pacientes, no la lavaban, la quemaban, entonces nos tocó ir con la enfermera jefe de esa, ese momento, que era la Licenciada Orellana, y con ella nos toco ir a lavar nosotros personalmente la ropa de los pacientes a lavandería durante 15 días, hasta que el personal de lavandería vio que no pasaba nada si seguía las normas de prevención , y las normas universales de prevención.

EA- Fue como una enseñanza

EP- Si enseñanza al personal de lavandería, con eso logramos que dejaran de quemarnos la ropa y que la lavaran, posteriormente el personal de cocina dejaba los platos de los pacientes en la puerta en el suelo, no entraban a los cubículos de los pacientes por miedo, la misma historia paso mostrarles como se podían lavar los

platos, que no había necesidad de descartarlos después de usarlos en los pacientes y poco a poco se fue logrando que disminuyera el estigma y la discriminación, se dieron múltiples charlas al personal auxiliar, se dio también a pacientes y familiares de pacientes, porque los familiares venían dejaban los pacientes y no se volvían a aparecer, no los querían llevar ni inclusive después de muertos verdad, y era un problema en realidad en esa época verdad, no teníamos anti retrovirales, la sobrevivencia de los pacientes después del diagnóstico era alrededor de tres años y la mortalidad a nivel nacional andaba entre el 43 y 50%.

EA-Si, si

EP- Logramos ir aumentando la cantidad de camas de esta área y paso de tener 7 camas, a tener 15, luego 20, actualmente tenemos 24 camas y es el centro nacional de referencia para VIH, el área de consulta externa se fue aumentando y luego cuando ya en el 2002 tuvimos acceso al dinero de Fondo Global, entonces se contrató más enfermeras, médicos, 7 médicos en total y con eso pues logramos empezar ya a dar tratamiento anti retro viral, aquí en el Tórax hemos iniciado mas de 2mil pacientes en ARVs y tenemos activos con nosotros 700 porque los demás los hemos enviado a los centros de atención integral que se han ido abriendo en todo el país, aquí cuando en el 2002 se inicia el tratamiento ARV, resultó que en esa fecha teníamos pacientes, teníamos dinero para comprar medicamentos, pero no había quien pudiera atender a los pacientes porque no había personal capacitado en tratamiento ARV

EA-En 2002

EP- En el 2002, entonces decidimos agarrar nosotros esa responsabilidad y empezamos a capacitar a médicos, a enfermeras, a microbiólogos, psicólogos, farmacéuticos, trabajadoras sociales, hemos logrado capacitar más de 300 personas hasta la fecha, y con eso pues junto con la Secretaría de Salud, el programa SIDA, ellos nos mandan cuando van a aperturar un CAI, a todo el personal, a todo el equipo de trabajo, nosotros aquí los capacitamos, idealmente los médicos es un mes de capacitación-

EA-Como una pasantía

EP- -Como una pasantía, lo que se conoce como entrenamiento en servicio, usamos la metodología de aprender haciendo, el médico viene pasa a visita con nosotros, vamos a la consulta externa juntos, hacemos procedimientos diagnósticos juntos, y hacemos revisiones teóricas también verdad de los temas. En cuanto a enfermería son 15 días de entrenamiento en donde se les da un componente teórico también y luego pasan con las enfermeras del CAI, haciendo el trabajo y aprendiendo como es el trabajo de los ARVs, el manejo de ciertos medicamentos especiales para infecciones oportunistas, Microbiología también son 2 semanas, Farmacia 2 semanas, Psicología, Trabajo social, y a cada una de ellas se les envía con su contraparte del CAI, para que continúen con esa misma metodología de aprender haciendo, con eso se logro afortunadamente aperturar mas de 33 CAI en todo el país verdad, poder acercar el medicamento a los pacientes, porque teníamos pacientes que venían desde la Mosquitia, desde Tocoa por ejemplo acá, y era en realidad difícil que ellos pudieran ser adherentes por el impacto económico que significaba el traslado, y entonces ahora ya hay CAI en La Mosquitia, hay CAI en Tocoa, hay CAI en varios sitios, y eso facilitó. La otra cosa fue con los presidiarios, que teníamos el problema que no los mandaban a las citas en forma constante, dependía de si les daban o no el permiso, entonces junto con el programa decidimos capacitar a los médicos que estaban en la penitenciaria, y actualmente se recibe el tratamiento ARV ahí mismo en la

penitenciaria verdad y con eso se logro también mejorar un poco la atención a los privados de libertad, y también capacitamos a personal de la policía, pero ese esfuerzo todavía no se ha concluido, se tiene que continuar para los, los miembros de la policía que muchos de ellos venían aquí a control, y que ahora con los médicos de la policía capacitándose, pues se supone que va a ser también más sencillo para ellos, eso desde el punto de vista de la capacitación y de la atención a los pacientes. Yo creo que en realidad si se logro bastante porque por ejemplo de tener que rogar a personal que quisiera trabajar con VIH al inicio, cuando iniciamos el área de atención en el 86, 87, actualmente tenemos personal que tiene ya varios años de trabajar con nosotros, logramos capacitar en consejería prácticamente a todo el personal que trabaja con VIH aquí en el hospital, recuerdo que tuvimos en los primeros años cuando la discriminación era más fuerte personal capacitado que logro colaborar mucho, nunca olvido el ejemplo de una aseo, que se compenetro tanto de su trabajo y del tema que la convertimos en una consejera, le dimos capacitación de consejería y era la más eficiente de las consejeras en esa época verdad y tenía además, ella trabajo cerca de 8, 10 años hasta que luego se retiro. Entonces creo que esos fueron ejemplos de cómo fue cambiando la actitud del personal, actualmente tenemos cirujanos que sin ninguna objeción nos hacen procedimientos y biopsias en los pacientes VIH, somos el único hospital que acepta en cuidados intensivos pacientes con VIH, en los demás hospitales no aceptan en unidad de cuidados intensivos pacientes con VIH, en cambio aquí sí. Procedimientos diagnósticos como broncoscopias se hacen rutinariamente, hasta en el 2010 se dejó de hacer porque se arruinaron los aparatos y no logramos conseguir que nos los repusieran, estamos en ese proceso. Entonces creo que hubo un cambio de actitud de 180 grados en ese sentido. Los familiares también, ya no nos dejan los pacientes tirados en la sala, ya hay familias que vienen y apoyan a su paciente, y creo yo que eso ha mejorado, por supuesto que todavía falta cosas por hacer verdad, pero sí, si yo comparo como cuando nos quemaban la ropa, cuando dejaban la comida tirada en la puerta de la entrada, cuando nadie se asomaba a ver un paciente, cuando aún muertos no los querían ver, entonces eso actualmente ha cambiado notablemente. Eso desde el punto de vista del trabajo aquí en el Tórax, de la capacitación de personal, pero hay también otras facetas verdad, la faceta de CONASIDA por ejemplo.

EA- Pero quizás antes de que entráramos a esa otra faceta que es otro ámbito doctora, y quizá siempre en esta misma línea del personal, del recurso humano, de esa capacitación, usted relata como a lo largo del tiempo esto ha ido modificándose más que todo en función del trabajo que ustedes han venido haciendo, ahora, he entendido que esto es, esta labor no solamente no solamente ha sido para el hospital, sino que para los CAI de los diferentes, a lo largo, nacional. Pero quizás un poco la experiencia, o que sabe usted o como usted ve, ese otro personal de salud que no es ni de CAI, ni del Hospital San Felipe, pero que en algún momento tiene que ver con algún paciente VIH, qué tipo de esfuerzos o qué tipo de digamos todavía cosas por hacer hacen falta, tanto en gente que ya esta laborando en el sistema de Salud como a nivel de la entidad formadora, me refiero bueno a las facultades, porque ya no solamente es la Nacional, sino que está la Católica y quizás otras que se abran en el futuro. Esa otra área usted cómo, ¿qué conocimiento tiene como está?

EP- Bueno, hay que distinguir entre San Felipe-Tórax, en realidad San Felipe no maneja VIH, de hecho uno de los problemas que tenemos es por ejemplo con gastroenterología de San Felipe, que se niega a hacer procedimientos diagnósticos como endoscopias en pacientes VIH verdad, eso todavía lo vemos. Algunas especialidades en algunos hospitales que todavía no quieren trabajar con VIH, para hablar puntualmente en Ginecología Hospital Escuela, se tienen problemas a veces

con los pacientes que se envían a interconsulta. Otorrinolaringología San Felipe, también tiene algunos problemas en este sentido, falta hacer trabajo de concientización con algunas especialidades en cuanto a manejo del paciente VIH-SIDA verdad, todavía hay trabajo de desconocimiento, hay desconocimiento y hay que hacer un trabajo de capacitación y yo creo que eso pasa porque el tema de VIH-SIDA sea incluido en la curricula de todas las facultades del área de la salud, de médicos, de enfermeras, de psicólogos, de trabajadores sociales, de farmacéuticos, porque VIH es así como una clase que se da en 5to año de medicina por ejemplo, se da en 6to año de medicina, en el internado refuerzan un poco, pero debería ser un eje que transversalmente abarque toda la formación del médico, la formación de los postgrados es fundamental. Por ejemplo, aquí en el Tórax yo tengo que capacitar internistas, pediatras, en el Hospital Escuela se capacitan los pediatras, cuando ellos deberían salir ya capacitados de sus especialidades. Entonces yo pienso que es necesario reforzar el tema de VIH, e incluirlo y que fuera un eje transversal y sino cuando menos que tuviera un peso importante en la curricula de todas las carreras que están relacionadas con el área de la salud verdad, porque aquí todos tenemos que ver con VIH, los farmacéuticos, los psicólogos, los trabajadores sociales, las enfermeras. Entiendo que en enfermería el pensum tiene muy poco de VIH.

EA-En enfermería

EP-Si, entonces es necesario reforzar esos conocimientos, y a nivel de otras universidades, yo no sé si el tema de VIH se está enseñando en la Católica, no sé, desconozco, pero sé que en la Autónoma si se enseña pero que debería de ampliarse, profundizarse, y reforzarse.

EA-En esa área tan, digamos tan importante y tan clara como usted la tiene sobre el abordaje, escucha uno a veces, no se sabe hasta qué punto es cierto, que ha habido esfuerzos de parte de la Vice-rectoría Académica en ese sentido. ¿Han podido llegarse a concretar o usted ha tenido contacto? En esa línea.

EP-Bueno, yo se que con la Vice-rectoría Académica se logró hacer un diplomado de VIH que no es clínico,

EA-No es clínico, correcto

EP-Es un diplomado que es mas desde el punto de vista de Derechos Humanos, sexología, y desde el punto de vista social. Yo siempre he dicho públicamente que creo que ese diplomado está bien, pero que no es suficiente.

EA-No es todo.

EP-Y es más, yo pienso que entre ese diplomado y un diplomado clínico, lo que el país necesitaba era más un diplomado clínico, ¿Por qué? Porque los pacientes están ahí y ameritan quien les pueda dar el tratamiento. El tema de derechos humanos es fundamental, pero si yo pongo entre que me den tratamiento y salvar mi vida a que me refuercen mis derechos humanos, yo creo que escojo que primero me salven la vida, de hecho el derecho humano fundamental es la vida misma, entonces pienso que es muy importante que se pueda crear el diplomado clínico, han habido acercamientos entre la universidad y mi persona para ese diplomado, pero nunca hemos logrado concretar nada, no se ha concretado nada.

EA-Pero al otro nivel, digamos el diplomado, pero eso de la transversalización en el pensum. ¿También se ha hablado?

EP-Eso se ha platicado, sin embargo yo creo que eso es algo que se tiene que reforzar desde la Vice-rectoría Académica se puede reforzar con la Facultad de

Medicina verdad, yo pienso que se puede trabajar en ese sentido y se puede profundizar lo que hasta ahora se ha hecho. Yo pienso que la capacitación de VIH no puede depender de una persona. ¿Si esa persona se muere, se jubila o se va?

EA-Cruzaba por mi mente un poquito ese pensamiento ahora, y quizá la pregunta sería: En este tiempo que usted ha estado involucrada tan de lleno con este aspecto no solo de atención, sino de formación. ¿Usted podría decir que en este momento habría un personal mínimo, o un personal mínimo, para hacer el relevo generacional en la formación, no en la atención, sino en la formación?

EP-Ahorita no hay nadie, ahorita no hay nadie que se haga cargo de la formación, nadie. , ¿Por qué? Porque hacerse cargo de decir: "Si mándenme toda la gente de los CAI" eso implica doble trabajo, doble esfuerzo y la verdad es que cuando este esfuerzo empezó los demás colegas infectólogos dijeron que no tenían tiempo de hacerlo, yo tampoco lo tengo, pero alguien lo tenía que hacer, y entonces pienso que ni modo pues, alguien tenía que hacerlo y yo decidí tomar esa responsabilidad, pero en este momento yo no sé de nadie más que pudiera hacerlo si yo me voy en este momento. (Perdón tengo que atender esta llamada, un momentito...Aló)

EA-La doctora en este momento está contestando una llamada, y voy a seguir grabando...

EP-Entonces... lamentablemente en este momento no creo que Efraín se haga cargo, ni tampoco Tito, ni tampoco Denis Padgett, ni tampoco Charles Parkman, que son los infectólogos que lo pueden hacer en adultos. A nivel de pediatría si sé que la doctora Maldegari ha trabajado, la doctora Rivera capacitando pediatras, pero a nivel de internistas y médicos generales de adultos no sé de nadie más que pudiera hacerse cargo, por eso yo le digo que es importante el diplomado, porque no puede depender de una persona la capacitación.

EA-Es crítico en este momento entonces prever por eso

EP-Así es, así es verdad porque pues nadie está seguro de si va a vivir el día siguiente verdad.

EA-Como no, no digamos quizás o en su conocimiento las otras profesiones, digamos los psicólogos, los farmacéuticos...

EP-No sé de nadie que esté dándoles capacitación.

EA-Pues diríamos que es uno de los factores o de los elementos que más apremiantemente habrá que cubrir.

EP-Habrá que cubrir, porque por ejemplo la psicóloga de este CAI está bastante involucrada y trabaja bastante con los psicólogos de los otros CAI, lo mismo las trabajadoras sociales, las enfermeras han colaborado, los otros colegas de aquí han colaborado también. Perdón, un minuto... (Atiende llamada telefónica...)

EP-Entonces mire, yo siento que por ejemplo aquí el doctor Renato Cruz, la doctora Varinia Izaguirre son médicos que se han involucrado, que tienen ya desde el 2002 trabajando con el tema de VIH, que están capacitados por completo, tienen una maestría inclusive tomada en línea en España y ellos están hiendo por ejemplo a capacitar a algún personal de enfermería, capacitando consejeras aquí en el hospital, entonces yo creo que ellos tienen interés y podrían colaborar, pero para mí, ósea, la necesidad de la capacitación clínica es fundamental.

EA-Como no, entiendo

EP-Nosotros pensamos que por ejemplo en todos las CAI periféricos debe haber un medico general o un internista capacitado en tratamiento Anti-retroviral de primera línea y tal vez de segunda línea. Cuando esos pacientes se complican normalmente los refieren a los hospitales nacionales donde hay un infectologo que pueda ayudar a resolver los casos complicados. Normalmente yo trabajo con estos colegas, como se vienen a capacitar aquí, queda un nexo con ellos, nos comunicamos por teléfono, por internet, nos comunicamos con referencia y contra-referencia, cuando ellos tienen problemas mandan sus pacientes acá al hospital, nosotros los estabilizamos y se los volvemos a enviar a ellos, y es una manera en que hemos trabajado todos estos años.

EA-Está funcionando, si, si como no.

EP-Está funcionando. De hecho hoy recibimos un paciente de Choluteca, hace unos minutos, referido del colega de Choluteca. Tenemos en este momento pacientes del Catarino, de La Ceiba, tenemos pacientes de varios Centros de Atención Integral, y si gracias a Dios ha funcionado, pero mi interés es que esto sea algo que continúe ya en forma permanente, que se auto sostenible, que sea, que haya siempre personal capacitado en VIH-SIDA, por eso debe estar en la curricula formadora del pre-grado, en la curricula del post-grado y si hubiera un diplomado en VIH, eso me aseguraría que pudiéramos tener personal formado desde el punto de vista clínico.

EA-Como no, como no, si, si.

EP-Me preocupa que solo tengamos el diplomado del área social y de los derechos humanos, que eso está muy bien

EA-Si, si se entiende

EP-Pero que es como una mesa de tres patas que no funciona a menos que le ponga la cuarta pata, y esa cuarta pata es el diplomado clínico.

EA-Como no, si se entiende bien.

EP-Que necesitamos para poder, para poder realmente brindarle una mejor atención al paciente con VIH

EA-Ya, entiendo.

EP-Y en la Sociedad de Enfermedades Infecciosas hemos hablado de iniciar un post-grado de enfermedades Infecciosas, estamos trabajando en ese sentido, queremos hacer un post-grado de Infectología, pero eso ya es algo más restringido porque solamente podrán entrar ahí los médicos egresados de los post-grados de Pediatría y post-grados de Medicina Interna, entonces ya es un grupo mucho más reducido-

EA-Y Selecto

EP-Y selecto, y no solo incluye VIH, sino que todo lo que es infectologia.

EA-Como no

EP-En cambio, en un diplomado podrían entrar médicos generales, podrían entrar psicólogos, el espectro es mucho más amplio.

EA-Si, si se entiende

EP-Entonces yo pienso que las dos cosas son necesarias.

EA-Como no, como no, si. Quizás ahora si entonces pudiéramos pasar a la vista, a su rol en CONASIDA. Si, Coménteme

EP-En CONASIDA, yo empecé a trabajar en CONASIDA a partir del 2000, 2001 y trabajé hasta el 2008 con CONASIDA. Lo que se pretendía y lo que creo que en parte se pudo hacer es, bueno, uno tratar de empoderar sociedad civil y todo el mundo en el tema de VIH, intentar que la sociedad civil, los pacientes, los organismos internacionales, la Secretaría de Salud, formaran una organización en donde todos pudieran tener voz y voto, y se analizara la problemática, y se tomarán las decisiones. Creo yo que en nuestro país lamentablemente quien tiene el dinero tiene el poder, y como CONASIDA no tenía dinero, al tener el mecanismo coordinador de país con el dinero de Fondo Global, CONASIDA fue llevada a menos verdad, a pesar que según la ley CONASIDA es el ente rector. Entonces yo pienso que en realidad la importancia de CONASIDA no se le ha dado toda la importancia que debería tener, y eso depende de quién está en la Secretaría de Salud y quien está en el Departamento SIDA para que CONASIDA funcione o no funcione. Entonces CONASIDA tiene altos, tiene bajos verdad. Durante, durante la época que estuvimos ahí recuerdo que bueno se logró trabajar bastante con ONGs, se logró trabajar con el ministerio, desde ahí se apoyó la apertura de los Centros de Atención Integral, se logró abrir la cantidad de Centros de Atención con ese periodo, fue en ese periodo en donde logramos pasar de 0 pacientes en ARVs hasta más de 7mil pacientes en ARVs, que se lograron aperturar los Centros de Atención, que se logró que más organizaciones de sociedad civil participaran en el tema de VIH, que tuvieran acceso también al, a los fondos del mecanismo coordinador de país y Fondo Global. Sin embargo yo no sé si esta es una percepción personal o no, pero en los últimos dos años 2009, 2010 yo no he oído de CONASIDA, no sé si se está reuniendo, no sé en qué está trabajando, el 2008 mientras estuve en la Secretaría de Salud apoyamos en todo lo que CONASIDA consideró necesario y pertinente, se apoyó, de hecho yo asistí como Ministro de Salud a varias sesiones, y di instrucciones específicas para que siempre estuviera presente el jefe del Departamento SIDA, y en esa época la Primera Dama que era doña Xiomara de Zelaya también era una persona muy interesada en el tema de VIH, que creó la coalición de Primeras Damas y mujeres líderes, con, en VIH y se logró a través de ella impulsar varias de las políticas de protección del Estado verdad. Sin embargo ahorita no sé, no podría yo decir cómo está funcionando CONASIDA ahorita, porque la verdad desconozco.

EA- Si, quizás una pregunta que muy relacionada con todo lo que usted acaba de mencionar, y que va quizás más allá de lo que usualmente se logra discutir en ambientes ministeriales, hasta donde CONASIDA o el, usted lo mencionaba de forma directa, ha tenido altos y bajos dependiendo de quién este rectorando Secretaría de Salud, pero más allá eso y amparándonos un poco en lo que dice así entre comillas la Ley especial de VIH-SIDA que es el rol de CONASIDA, no sé qué impresión se dio usted en ese breve tiempo que estuvo rectorando Secretaría de Salud, como para ver cómo las otras Secretarías de Estado logran entender, o logran apropiarse, de cuál es el rol que depende tener esas Secretarías de Estado y cuál es el rol de ellos como Ministros para impulsar el tema más allá de la responsabilidad de Salud.

EP-Yo creo que ni lo entienden ni les interesa, así de sencillo. Ni lo entienden ni les interesa, verdad ósea, yo siento que ellos mandan su representante a CONASIDA porque bueno, lo tienen que mandar, pero hasta ahí, verdad. Tal vez una de las entidades que mostró un poco más de interés, bueno, aparte de la Secretaría de Salud, la Primera Dama en ese momento, si Doña Xiomara fue siempre un apoyo y estuvo muy interesada en el tema. Los militares, tuvieron un interés. Pero después, la Secretaría de Gobernación era ocasionalmente que asistía, la gente de la AMHON nunca tuvo interés, la Secretaría de Educación ocasionalmente verdad, por ejemplo el tema de las guías de educación sexual, eso le demuestra hasta donde verdad la Secretaría de Educación podía o no tener el interés, y estaba maniatado a lo que era

la idea verdad del Presidente o de, o de la Iglesia en esos temas, cuando eran temas que deberían enfocarse desde otro punto de vista. El Presidente "Mel" Zelaya por ejemplo decía que él en cuanto al uso del condón no quería entrar en conflictos con la Iglesia verdad, entonces había una posición ambigua en ese sentido, y desde que el Presidente tenía una posición ambigua, pues el Ministro de Educación también verdad, entonces no había claridad en los conceptos en cuanto a ¿Qué queremos hacer? ¿Hasta dónde vamos a llegar? Verdad. Nunca hubo claridad en eso, y todos sabemos que cuando empezó a haber el conflicto fuerte ya con el Opus Dei, con grupos de la Iglesia, en realidad el Estado, La Secretaría de Educación se hizo atrás, a pesar de que la Vice-Ministro de Educación y yo como Ministro de Salud firmamos un documento en México de apoyo a la educación sexual de adolescentes y jóvenes para prevención de VIH, y como Secretaría de Salud cumplimos nuestra parte, ósea nosotros participamos en la elaboración de las guías y llegamos hasta entregárselas al Ministerio de Educación.

EA-Si, si, si, si recuerdo esa parte.

EP-Pero hasta ahí llegó. Entiendo que hace un par de meses se publicaron y la Secretaría de Educación puso en vigencia unas guías de educación sexual que no sé si son las mismas que entregamos nosotros en el 2008 o si ya están maquilladas y camufladas, y tienen ya la bendición de todos los sectores.

EA-Si, si, si, si, si, si eso es un proceso que ha tenido ahí sus, si... Quizás una pregunta que siempre uno se hace uno desde afuera y cuando conoce, bueno escuchárselo decir a usted de alguna manera confirma ciertas percepciones que uno tiene desde afuera, que no ha sido un actor que ha estado dándose cuenta de todo. Esa relación, me gustaría un poquito su impresión, esa relación entre CONASIDA como ente y el Mecanismo Coordinador de País, uno con dinero y el otro sin dinero, uno con poder por esa misma razón, el otro sin poder, uno con un mandato y el otro sin ello. ¿Qué tipo de relación usted pudo atestiguar a lo largo del tiempo?

EP-Yo pienso que es una relación amor-odio que hay entre el MCP y el la CONASIDA verdad, por ejemplo mucho dependiendo de que si el ministro que está le interesa y fortalece a CONASIDA y a la presencia de CONASIDA dentro del Mecanismo Coordinador de País, hubo una época que el Mecanismo Coordinador de País sacó a CONASIDA de su membrecía, cuando CONASIDA está arriba del Mecanismo Coordinador de País desde el punto de vista legal verdad y porqué yo recuerdo que en esa época yo era la representante de CONASIDA en el Mecanismo Coordinador de País y el problema se dio porque era el Gobierno de Maduro, y fue en ese Gobierno que se saca a CONASIDA del MCP porque nosotros denunciábamos irregularidades como CONASIDA verdad que no nos parecían correcto algunas cosas que se estaban haciendo a lo interno de CONASIDA.

EA-¿A lo interno del CONASIDA?

EP-Perdón, a lo interno del MCP. Y nosotros peleábamos y nosotros discutíamos como CONASIDA, representando a CONASIDA dentro del MCP, y entonces la decisión fue afuera CONASIDA del MCP verdad. Y tardó hasta que finalmente en el 2008 cuando estaba yo en el Ministerio regresa CONASIDA al MCP y yo siento que ahorita en realidad quien ha tenido las riendas, ha sido el MCP, porque de nuevo el que pone el dinero paga la fiesta, y entonces eso ha sido así en la práctica-

EA- En la práctica-

EP - - Aunque en la teoría y la ley dice que es CONASIDA quien tiene que estar por encima de todo lo que tiene que ver con VIH en el país. Lo cierto es que CONASIDA ha sido más un fantasma que un ente regulador en el, en lo que es la temática de VIH en el país.

EA-Ahora, dentro de esa relación que usted dice y dentro de esos dos digamos, universos llamémosles así, CONASIDA – MCP. Usted me ha detallado más o menos con cierta, no solamente detalles sino de relacionalidad lo que ha sido CONASIDA entre sus miembros. ¿Qué hay en el MCP? Si abrimos ese universo.

EP-Pues yo pienso que en el MCP, por ejemplo, yo veo problemas dentro de la representación de sociedad civil en el MCP. Siempre son los mismos, no representan a mucha gente, hay un gran conglomerado de personas viviendo con VIH que no están representadas, hay pleitos internos dentro de la sociedad civil, por poder, por acceso a dinero. Y creo que eso es una debilidad verdad, por ejemplo, allí en la época que yo estuve en el MCP, hubo una persona que representaba sociedad civil que decidió tomar una cantidad de dinero que pertenecía al MCP y quedarse con él porque el MCP no le había pagado una actividad que tenía con su ONG. Eso es totalmente incorrecto, eso se, se vio dentro del MCP y bueno hasta donde yo sé esa misma persona sigue ahí representando disque a personas viviendo con VIH verdad, entonces hasta donde eso es correcto, no es correcto verdad. Hubo recuerdo, votaciones en donde se decidió que esta persona devolviera el dinero, lo devolvió, pero mi opinión era que esa persona no podía seguir participando por ejemplo verdad, porque no es correcto ese tipo de cosas verdad, ósea, eso nos da a entender. Para mí la representación que tiene sociedad civil en MCP es una representación que no es real, que no representa realmente a todas las personas que viven con VIH, representa nada más a un sector y es un sector que tiene conflictos internos por poder y por dinero verdad, para empezar.

EA-Claramente, erradamente. Ese es un sector.

EP-De ahí, el otro sector, por ejemplo los organismos internacionales. Bueno, AID creo yo, ha tenido un peso específico importante dentro del MCP, lo mismo ha sido también la OPS, en la Secretaría por supuesto tiene un peso importante, pero depende de nuevo si la persona que llega a representar a la Secretaría es alguien que mantiene convicciones o es un monigote de los demás.

EA-Como no, ajá ajá

EP- Perdón... (Contesta llamada telefónica)

[Con mucho gusto, gracias igual.]
Este es un paciente que mil veces le he dicho que no le conviene, pero el miedo a que los demás sepan, que él su diagnóstico, pero ahora se quedo sin medicamento a nivel privado.

EA- Sigue siendo un problema eso.

EP-Y este señor además tiene un cáncer de pulmón, y ha preferido manejarse todo a nivel privado con tal de que los demás, ni siquiera la esposa conoce el diagnóstico,

EA-Imáginese, imagínese que carga emocional

EP- Ah no si, solo el hijo, solo los dos hijos y él conocen el diagnóstico. A la señora se le logro hacer la prueba de VIH estaba negativa pero él es un ejemplo de cómo todavía hay personas que con tal que no se conozca su diagnóstico...

EA- Sigue siendo, sigue siendo. Y eso a propósito, y siguiendo en el cauce, me gustaría regresar un poquito a lo que estábamos hablando. ¿Usted ha notado que esa situación es mayor en las personas de edad avanzada?

EP- De más edad, si. Este señor es un señor de 60 años

EA- Como no, si me imagine

EP- Mientras más avanzada la edad, más reacios son a que se conozca su diagnóstico, con él, el lo ha manejado con su familia, con sus amigos, vía cáncer de pulmón. Porque eso es más aceptado socialmente.

EA- Ya, ya, y da, y da como para las recaídas y...permite

EP- Exacto, exacto, exacto. Pero lo otro él... Y la gente mientras más edad tiene más actúa así de esa manera. Los jóvenes ya no es tan tanto.

EA- Ese dato es interesante, sí. Mire que es muy interesante lo que hablaba usted en relaciona a como se dan esas situaciones a lo interno de estos 3 sectores verdad que usted ya tan claramente ha definido. Sin embargo, hiendo un poquito más allá, uno se pregunta: ¿Cómo ha sido la relación entre esos 3 sectores de tal suerte que quizás algunos miembros que han tenido un peso específico - le llamo usted - mayor propician o alientan esas situaciones en los otros sectores?

EP- Por ejemplo yo siento que ONUSIDA es un aliado de sociedad civil verdad. ONUSIDA siempre está a favor de lo que se diga en sociedad civil aunque lo que sociedad civil esté haciendo sea incorrecto.

EA- Ya, ya, ya, ajá, ajá.

EP- Y eso es algo que a mí me parece que tampoco está bien verdad. Porque hubo momentos en donde se demostraba que habían situaciones incorrectas y a pesar de eso ONUSIDA siempre tenía esa actitud.

EA- Ya, ya.

EP- Perdón (Contesta llamada telefónica).....

EA- Pero mire, usted me estaba diciendo una cosa bien interesante aquí, decir como una agencia apoya un sector a pesar de lo que se hace sea incorrecto.

EP- Es incorrecto. Y eso yo lo vi en 2 o 3 ocasiones con ONUSIDA verdad.

EA- Ahora esos otros actores quizá de mayor peso por razones de índole económica y de repente técnica, como era esa...

EP- No ellos no tenían la misma actitud de ONUSIDA, por ejemplo yo miraba más profesional a AID, AID y también era más profesional la OPS, desde ese punto de vista ellos eran más imparciales, más intentando juzgar las cosas basándose más en la realidad, pero ONUSIDA siempre fue como otro miembro de Sociedad Civil.

EA- Ya, entiendo, entiendo. Esa época usted estaba, usted me dice que estuvo hasta el 2008, esa época recuerda usted cuando se dio aquella situación de impase entre la Fase 1 y la Fase 2, que le rechazaron a Honduras el desembolso por la Fase 2, recuerda usted que había una serie de señalamientos que hacía, que se le hacían al país desde Ginebra y que obligo incluso a un viaje del Ministro en esa época el Licenciado Lizardo.

EP- Si eso fue, eso fue yo estuve todo el 2008 y este viaje de Lizardo fue antes. Fue en las 2005, 2006 por ahí verdad.

EA-Usted recuerda un poquito esa época, que recuerda usted

EP-Fíjese que de esa época realmente yo ya, nosotros no estábamos en CONASIDA entonces no conozco el detalle de lo que pasó en ese momento, pero sí se que habían señalamientos que el país tuvo que aclarar y que en base a eso ya se pudo continuar. Por ejemplo, algo que a mí siempre me llamó la atención es que, todos los fondos que se asignaron para compra de ARVS, para compra de medicamentos, de reactivos, todo eso las metas se llenaron y las metas se cumplieron, en cambio el dinero que se entregaba a muchas ONGs las metas nunca se cumplían, pero siempre en el MCP se continuaba apoyando que se continuara dando el dinero a sociedad civil, las organizaciones sombrías y todo eso. A mí me llamo la atención porque muchas veces se planteaba bueno el dinero que no ejecutaron en sociedad civil y que le hace falta a la Secretaría para compra de más medicamentos, de más reactivos y pago de más personal, porque no se puede trasladar. Cosas puntuales como esas verdad, que siempre se decía bueno que no se puede, Ginebra dice que no se puede, después resultaba que llegaba la gente de Ginebra y decían que sí se podía, entonces había ahí algo que, que yo siempre he pensado la gente que hemos trabajado en SIDA desde que empezó la epidemia, cuando no había dinero, cuando no había Fondo Global, éramos cuatro gatos y son los mismos cuatro gatos que vamos a quedar cuando se vaya Fondo Global, mientras está el dinero de Fondo Global hay una fiesta de organizaciones que lo que les interesa no es el tema de VIH, sino el dinero que está alrededor del tema de VIH. Y yo en eso creo que Cosenza tenía razón, Cosenza decía que había gente que vivía con SIDA y gente que vivía del SIDA. Yo sí creo que hay gente que vive del SIDA verdad, y que es muy importante verdad distinguir entre la gente que vive del SIDA, y la gente que vive con SIDA y que intenta resolver su situación.

EA-En esta, en este tema que bueno digamos que yo pudiera estar de acuerdo también en esa apreciación, lamentablemente no podemos por razones éticas definir ya específicamente individualidades verdad, pero quizás en una aproximación hacia ello, no se usted ya señalo aquí grupo de organizaciones. ¿Habría algún acercamiento más, más preciso?

EP-Que organizaciones viven del SIDA. Pues yo creo que del SIDA viven algunas ONGs, que en realidad cuando usted escudriña su trabajo no mira cual es el efecto de ese trabajo. Ósea decir que tuve 5, 6 reuniones para hablar de VIH en x ó y lugar, yo me puedo inventar los nombres y me puedo inventar las reuniones también. Entonces uno no mira donde está el trabajo real y sin embargo hay otra gente trabajando realmente en VIH que no tiene acceso a esos fondos, por ejemplo Casa Zulema. Casa Zulema es un lugar en donde van las personas que las familias abandonan, los pacientes que no tienen familiares o que aunque tengan la familia se desentiende de ellos y Casa Zulema nunca pudo tener acceso a fondos de Fondo Mundial hasta donde yo conozco, y son, Nuestros Pequeños Hermanos por ejemplo que son gente que realmente trabaja en VIH. Y hay otro montón de organizaciones que la verdad yo no sé en que trabajarán.

EA-Ahora eso, eso que usted menciona con todo y que digamos, probar el impacto sobre acciones de tipo de trabajo con organización es como bien difícil, y sin, sin, sin dejar a un lado esa apreciación de que hay personas que aprovechan esa situación, hasta donde usted ha podido evidenciar o darse cuenta que de repente en algunas organizaciones haya mala voluntad y gana de agenciarse fondos, pero en otras que pudiendo tener buena voluntad haya mal enfoque técnico.

EP-Eso pienso que es una debilidad, yo sé que dentro de sociedad civil hay muchas ONGs que tienen buena voluntad, que desean hacer bien las cosas, pero no tienen capacidad técnica, entonces pienso que eso es algo que podría ser reforzado desde el MCP, desde CONASIDA, intentar mejorar la capacidad técnica de las organizaciones de sociedad civil para que hagan mejor su trabajo. Eso pienso yo que es algo que podría ayudar bastante porque una sociedad civil bien enfocada, bien organizada y bien capacitada es fundamental en la lucha contra VIH. O sea, uno lo nota con las ONGs que si trabajan bien, el papel tan importante que juegan verdad, y hay muchas que trabajan bien, pero lo que preocupa es que generalmente las que llegan a niveles de poder no son precisamente las que mejor trabajan.

EA-Aja, aja, aja, aja. Claro, claro

EP-Ese es el problema, porque las que trabajan muy bien están tan enfocadas en hacer su trabajo que no tienen el tiempo de hacer el lobby político y la parte política como para tener representatividad en los organismos de poder.

EA-Quizás si yo le preguntara su impresión de ASONAPSIDA

EP-Yo pienso que ASONAPSIDA bueno que la idea original de ASONAPSIDA es una muy buena idea que es muy importante y que igual que CONASIDA ha tenido altos y bajos. Que hubo épocas en que ASONAPSIDA tenía como dirigentes personas de dudosa reputación verdad, y creo que ASONAPSIDA ha perdido gran parte de su poder y su papel, por lo menos adentro del MCP creo que ASONAPSIDA no tiene ya tanta presencia ni tanto poder como lo tuvo en un momento. Hubo mucha lucha interna, hubo mucha lucha intestina, creo que muchos, hubo dirigentes de ASONAPSIDA que fueron gente que estafó a sus propios compañeros con VIH y yo tengo ejemplos específicos de esa gente, algunos ya murieron y por eso prefiero no mencionarlos, pero era gente que estafaba a sus, a sus compañeros, entonces tener gente de esa calaña dirigiendo una asociación pues definitivamente no creo que era lo más correcto verdad, y creo que eso hizo que perdiera, que perdiera prestigio, que perdiera presencia, que perdiera beligerancia también. Creo que ese problema se resolvió a lo interno de CONASIDA, creo que ellos intentaron depurarla, entiendo que ese esfuerzo logró en parte su objetivo, era que la han depurado, me da la impresión que están trabajando mejor, esa es la impresión que tengo que han trabajado mejor. Los grupos de auto-apoyo hay muchos que han trabajado muy bien, que sobreviven, hay otros que desaparecieron verdad por luchas internas, por falta de apoyo también. Entonces...

EA-Ya, ya. Quizás si pudiéramos... perdón

EP-Aja perdón no, aquí, aquí yo creo que hay un dicho muy, muy nuestro verdad que aplica. Aquí el que tiene más galillo traga más pinol. Y aquí hay gente que en realidad trabaja por VIH pero que como le digo se agacha a trabajar y por eso no anda metido en los grupos de, de políticos con VIH. Y hay otra gente que lo único que tiene es el bla bla, pero que está muy metida en las cuestiones políticas en VIH y es una lástima.

EA-Un poquito este trabajo pretende reflejar que es una apreciación personal mía pero es interesante ir construyendo el relato en colectivo.

EP-Porque yo creo que eso lo sabe todo mundo verdad, todo mundo sabe que de repente la dirigencia que dice nosotros somos los que representamos VIH en el país no son los que más trabajan por VIH, no son los que de verdad representan a la gente con VIH.

EA-Pero esa apreciación que tiene usted, en relación, y que lo sintetiza en ese dicho popular verdad, ¿Usted diría que le, le cae o se puede decir que va dirigido hacia personas con VIH nada más o también a profesionales?

EP-Ahí va también a profesionales creo yo, es que este es un problema no solo de las personas viviendo con VIH verdad, ósea hay organizaciones también de personas que dicen que trabajan por VIH y que en realidad verdad habría que someterlos a un escrutinio para saber hasta dónde llega su trabajo. Yo pienso que a pesar de todo esto, para mi esos puntos negros que son gente viviendo con VIH o profesionales de diferentes áreas que dicen que trabajan por VIH y que en realidad lo que quieren es sacar provecho económico de la situación pienso que son la minoría, yo pienso que afortunadamente son la minoría, algunos son minoría pero con poder, pero creo que hay una vasta mayoría de gente que si quiere de buena fe trabajar por VIH, que si quiere de buena fe apoyar a la gente con VIH y profesionales de todas las áreas también que de buena fe ponen todo su esfuerzo para trabajar por VIH y eso es, eso es lo que permite que afortunadamente a pesar de todos los altos y los bajos, el país tenga en este momento más de 7mil personas en ARVs que tengamos un promedio de adherencia de los más altos en América Latina, más del 80%, que tengamos a la mayoría de nuestra corte en primera línea, que estemos logrando que los medicamentos lleguen a los lugares más alejados del país, esos son logros de país, que a pesar de toda la lucha intestina, que a pesar de todos los problemas internos, se han ido dando y es bueno pues. Tenemos un montón de retos enfrente por ejemplo, uno de los principales retos es que la Secretaría de Salud se apropie de su deber de absorber el personal que ahora paga Fondo Global ¿Qué, qué va a hacer el Estado de Honduras cuando se vaya el Fondo Global? Que se supone que tenemos Fondo Global hasta el 2015 ¿y después de ahí qué? Verdad, un paso adelante es que la Secretaría actualmente paga el 80% de los medicamentos en VIH, pero solo paga el 20% del personal que trabaja en VIH. ¿Y qué va a pasar si se va Fondo Global y no hay dinero para captar este personal? Van a desaparecer los CAI, va a desaparecer el tratamiento ARV, o qué vamos a hacer, eso es algo importante. Un esfuerzo que se está haciendo ahorita en donde está trabajando AIDSTAR-One, la Secretaría, es en cambiar el esquema de atención verdad, en cómo van a quedar los CAI trabajando una vez que no esté Fondo Global, cómo va la Secretaría a funcionar en la era post-Fondo Mundial, estas son retos creo yo importantes, yo miro el reto de mantener la atención después de que se vaya Fondo, el reto de capacitar a la gente desde las universidades en pre y postgrado, el reto de la creación de un diplomado en VIH, el poder darle sostenimiento a lo que hasta ahora existe cuando ya no este Fondo Mundial en Honduras, el poder depurar a los representantes de las organizaciones que dicen representar VIH-SIDA, el darle acceso a todos aquellos grupos que no están representados. Creo yo que esos son retos que tenemos de aquí en adelante.

EA-Ahora, quizás en todos estos retos que usted menciona, todos ellos sin gentes, todos ellos fundamentales. ¿Qué papel usted durante todo su recorrido, y ahora hablado de los retos, le ve al tema de prevención?

EP-Es muy, muy importante verdad, a mi me parece que cuando hablamos de prevención no solo estamos hablando de campañas publicitarias en radio y televisión, estamos hablando de que eduquemos a nuestros niños desde la primaria y la secundaria en prevención de VIH, estamos hablando en incidir en la conducta, en el patrón cultural hacia el sexo que tenemos en el país, estamos hablando también ya desde un aspecto más puntual de que la Secretaría de Salud tenga la capacidad de que la, de que la gente pueda ir a cualquiera de las unidades prestadoras de servicio y hacerse una prueba de VIH y tener acceso a una atención especializada en VIH y

tener derecho a un tratamiento cercano al lugar donde él vive, todo eso tiene que ver con prevención verdad y está también la prevención secundaria, cómo le hacemos entender a la gente que ya está en tratamiento ARV que está indetectable, que no es que ahora va a olvidarse de lo que es prevención, porque eso lo estamos teniendo la gente que como ya se siente bien vuelve a tener una vida sexual sin prevención y vuelve a tener entonces problemas porque claro va a empezar a recibir más virus de diferentes personas con resistencias, y va a volver a empeorar su estado de salud. Entonces esa es parte de la prevención secundaria, cómo hacemos para evitar que alguien que nunca ha tenido VIH se infecte es la primaria, pero cómo hacemos para aquel que ya está infectado no relaje su conducta y no continúe con las medidas de prevención para evitar que diseminemos virus ya resistentes en la población.

EA- Como no, como no, si. No yo creo que ha sido, muy muy muy completa el recorrido, muy profundo al mismo tiempo. No sé si tendría algunas palabras para concluir.

EP- Bueno yo pienso que como en todo aquí han habido cosas que se han hecho cosas, que no se han hecho tan bien, pero creo que en general el país ha recorrido un camino desde el 85 que se dio el primer caso hasta el 2010 y creo que el resultado es más positivo que negativo verdad, tenemos ya otra actitud de la gente hacia el VIH, hay menos discriminación, hay menos rechazo, hay un poco más de aceptación, hay ya centros que atienden personas con VIH diseminados en todo el país, hay acceso a medicamentos. Todavía hay gente que se quiere aprovechar del VIH, pero eso va a existir siempre, creo que el reto está en poder distinguirlos depurarlos y que podamos trabajar con la gente que de verdad le interesa el tema, y que de buena fe hace sus esfuerzos para continuar adelante en VIH. Pienso que el balance es positivo, y que las cosas que no han sido positivas se han ido de alguna manera arreglando en el camino y que pueden seguir resolviéndose. Ósea mi visión al final es positiva, creo que el balance general es positivo, que hay cosas que son negativas que tal vez lo peor que podemos hacer es ocultarlas verdad, porque en la medida que no reconozcamos nuestros errores no vamos a poder corregirlos, el primer paso para corregir un error es identificarlo.

EA- Pues yo le agradezco, le agradezco infinitamente su tiempo, ya me he dado cuenta de cuan solicitada está, y bueno por eso le agradezco doblemente. Creo que hay mucha riqueza en lo que hemos conversado.

ANEXO P. ENTREVISTA # 5 KARLA ZEPEDA DE POUJOL.**MAYO 2011**

EA- Bueno

KZ- ¿Su esposo está bien y sus niños, bien?

EA- Todos bien, todos bien ahí...

KZ- ¿Siempre está en Save The Children él?

EA- Ahí está, ahí está con Save The Children

KZ- Tiene años verdad

EA- Si, si pesado, pesado porque en eso de la conseguida de fondos...

KZ- Y no presentó propuesta para Fondo Mundial para la novena ronda verdad,

EA- No, no que yo sepa

KZ- No, no presentó porque yo estuve involucrada en la, en los comités de revisión, y no, no estaba y si hay otras ONGs internacionales que presentaron y ganaron

EA- Presentaron... si son ambientes bien, bien como le diría yo, bien especiales eso de la presentación de las propuestas...

KZ- De las propuestas si, y las revisiones y lo que genera también precisamente, lo que genera en las mismas personas o las organizaciones que participaron mucha gente insatisfecha, mucha gente que piensa que... que no tuvo oportunidad igual que los demás, entonces hay, y es difícil estar formando parte de los comités revisores.

EA- Si, no y de repente que las, digamos se, se exige bastante de las organizaciones también, verdad...

KZ- Demasiado, demasiado yo pienso que es hasta, hasta como grosero a veces porque se quiere que las organizaciones nacionales se fortalezcan y agarren experiencia y a la vez cuando les toca presentar esas propuestas difícilmente van a tener la capacidad a veces instalada como para, hasta para hacer la misma propuesta, no solo, no es lo que tienen en equipamiento, es la capacidad técnica de diseñar una propuesta que tenga todo ese requisito, que traiga, eso es exagerado, realmente es difícil.

EA- ¿Pero esos lineamientos digamos, son, son ya internacionales que vienen así?

KZ- Hay lineamientos internacionales que vienen desde el fondo, por ejemplo que la propuesta tenía que tener 7 pilares para la niñez huérfana, ósea algunas generalidades que tenían que respetarse en la presentación de propuestas pero el, los datos de evaluación de cada propuesta los establece el MCP de cada país, por ejemplo la parte técnica que es lo que va a evaluar y la parte administrativa, entonces todos esos cuadros se presentan al MCP y el MCP los aprueba. Ahí hay digo yo quizás un poquito más de "heterogeneidad", "heterogeneidad" porque en el MCP hay personas del nivel académico, hay personas del nivel de los ministerios, pero

también hay personas de la sociedad civil, entonces de alguna manera ahí creo que se equilibra un poco la evaluación, hemos hecho cambios...

EA- Hay ahora de... del ámbito académico han incorporado ahora al MCP, porque anteriormente no estaban verdad.

KZ-Eh, llegó sí, sí. No, no ha estado la universidad como tal no, pero sí ha llegado, por ejemplo llega gente que está en alguna Secretaría de Estado y que está trabajando en la Universidad por ejemplo, había una muchacha que ahorita la pusieron de Fiscal de la Niñez de algo de la niñez que ella también daba clase, ósea que tiene la oportunidad de ser docente entonces conocen un poco de la parte.

EA- Ese es el criterio entonces.

KZ-Si, el MCP siempre lo conforman como usted se acuerda que el Ministerio de Salud, Educación, Trabajo, el COHEP que está ahora bien formal, la empresa privada que está ya más regular, está también la Sociedad Civil representada por HSH directamente, un HSH, trabajadoras sexuales, tienen... yo creo que ha avanzado porque ahora sí yo creo que la numeración favorece bastante a los grupos vulnerables, siempre hay debilidad en los grupos de malaria y de TB, siempre, porque es un MCP para las 3 enfermedades, pero hay una muchacha que represe-, hay una representante de grupos de sociedad civil de malaria y hay uno con el TB, y los demás que son los grupos de mayor riesgo de VIH, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y ahora que hay unos invitados por ejemplo para este tema que va a haber en la 9na ronda va a ser de niñas huérfanas, entonces se va a invitar a parte del comité de niñas huérfanas, y el IHNFA que tendría que estar porque es el rector de políticas de niñez. Entonces depen- ... si

EA- Y cómo ve usted que ha habido digamos un avance o evolución de este Mecanismo Coordinador de País a lo largo de los años desde que se instaura, cómo, cómo diría usted que ha sido esa evolución.

KZ-Yo creo que la evolución ha sido mayor, ha sido mayor y evidentemente mayor en la sociedad civil porque de hecho cuando comienza el MCP que yo tuve la oportunidad de participar en algunas de las reuniones en ese momento iba me acuerdo porque yo trabajaba justamente con él, con el comité de niñas huérfanas por el VIH y me tocaba ir por parte del proyecto. La sociedad civil era bastante llamada al silencio no, casi siempre estaban ahí presentes, pero no empoderados de su, de su, de su membrecía verdad, yo ahora eso lo veo qué ha cambiado mucho, de hecho, de hecho cuando ya están en esas reuniones uno observa que ya manejan mejor los estatutos por ejemplo, cómo que se han preocupado y también el MCP ha buscado estrategias para ayudar a que los miembros, porque ha habido mucha debilidad en manejar las herramientas del MCP, que tienen sus estatutos, que tienen su, su reglamento. Entonces ahora se ha hecho esa propuesta que precisamente para mejorar todos esos conocimientos y homologarlos un poco se vaya dando como capacitaciones verdad, una de ellas por ejemplo la hizo ONUSIDA que capacitó a todos los miembros de la sociedad civil, yo creo que han funcionado esas capacitaciones porque yo los veo a ellos, a todos los grupos de la sociedad civil que ahora se expresan mejor, hablan más verdad en las reuniones y tienen mejores fundamentos que antes, definitivamente han evolucionado mucho más ellos que los tradicionales miembros del MCP que están representados por los ministerios por ejemplo.

EA- Ósea que anteriormente a eso no se le prestaba atención, al empoderamiento de la sociedad civil.

KZ-Yo diría que, que, que era como cómodamente que la sociedad civil como estaba poco informada ó poco desarrollada sus habilidades era hasta cómodo para el MCP hasta tomar decisiones, ahora cuesta, hay que negociar bien y hay que tenerlos convencidos a ellos y para mí eso es un crecimiento de la sociedad civil porque ellos ya cuestionan, y cuestionan con respeto, porque eso es bien interesante, porque yo había habido, yo había ido, asistido a reuniones donde habían ciertos miembros que eran muy pesados, o tal vez, tal vez con él, con la forma...

EA- Sin criterio

KZ-Exacto, sin criterio sino que con el enojo verdad, basados más en el enojo o en algo como emotivo, no en algo técnico. Por ejemplo ahora yo me asusto cuando, me sorprende por ejemplo que le digo que dice, “según el estatuto tal dice que la vicepresidencia, cómo es que está la viceministra así, cómo es que la viceministra representando de presidencia si ella no ha sido delegada por el Ministro de forma oficial, aquí no conocemos la nota, aquí no ha venido tal cosa”, entonces ellos ya tienen verdad, conocimiento de que tienen que haber procedimientos.

EA- Pero más allá de eso, es decir de aspectos formales porque lo son y no es que no sean importantes pero ese empoderamiento, ¿Piensa usted que también ha sido de carácter técnico o es más que todo en el ámbito del manejo político de los estatutos como tales?

KZ-Yo creo que ha avanzado más en el ámbito político que en el ámbito técnico, en el ámbito técnico todavía pienso que, que aunque, aunque no, no se puede negar que ellos han mejorado verdad, de hecho sus organizaciones han buscado maneras de, han habido proyectos incluso para beneficiar eso, hubo un proyecto que lo manejaron con fondos del AID que fue para fortalecer las organizaciones de sociedad civil y no solo en el ámbito técnico sino que hasta administrativo, hubo proyectos, ha habido diferentes momentos que les han apoyado a ellos, pero a pesar de eso yo creo que en el ámbito político han mejorado más que en el ámbito técnico, ahí todavía hay, hay camino que cam-, que verdad que recorrer para que ellos, pero usted los oye ahora hablar y cuando, yo me acuerdo que usted participo de alguna reunión, usted mira la diferencia, si se nota.

EA- Ahora de dónde usted sabe que surgieron esas iniciativas para ese fortalecimiento de la sociedad civil, ¿quien se preocupó por eso?

KZ-Pues yo diría que en el ámbito del Mecanismo Coordinador de País del proyecto, hubo bastante empuje por ejemplo de algunas organizaciones como ONUSIDA verdad que tiene de hecho una misión institucional muy fuerte para fortalecer la sociedad civil o iniciativas que surgieron para hacer esos talleres que ONUSIDA apoyó, pero el área, pero el proyecto este de fortalecimiento que lo tuvo Fondo Mundial con él, con el AID realmente ese desconozco cómo fue que nació, se que el proyecto lo manejaron tanto Fondo Mundial y AID.

EA- Usted se refiere al del año dos mil....

KZ-Eh, fue hace dos años, fue hace dos años que estaba ese.

EA- 2009 sería

KZ-Si, 2009, 2mil... todavía el año pasado fui a una presentación que dieron en el hotel, ahí en los hoteles esos, que presentaron los resultados y que las...

EA- Es reciente.

KZ- Es reciente, es muy reciente, y ese proyecto, esa invitación yo la tuve porque en ese momento estaba todavía CONCAVI, ahora ya desapareció CONCAVI y ahora es ISTIARTU, entonces todavía estaba Lícida, ella, yo me acuerdo que ella todavía estaba por irse ya, ósea que fue reciente porque 2 años harán que fue ese proyecto.

EA- Y a qué, a qué atribuye usted que anteriormente, porque el MCP tendrá sus que 6 -7 años de haberse conformado, desde el año 2004 para acá

KZ- Si cuando empezó la primera ronda...

EA- A qué atribuye usted que se tardó tanto en poder digamos identificar esa necesidad de crecimiento del sector de sociedad civil.

KZ- Pues yo creo que también tiene mucho que ver con la membrecía de los otros sectores porque aunque, el secretariado técnico del MCP es la Secretaría de Salud entonces por tanto la Secretaría de Salud ha sido casi tradicionalmente como la que preside las reuniones y todo esto, pero en las otras Secretarías de Estado siempre ha habido una debilidad al igual que existe en la CONASIDA casi diría yo que como casi que como a la par una debilidad de representación de los otros sectores, por ejemplo el sector Educación ha sido un sector bastante, bastante alejado de estas instancias, del MCP y también del mismo CONASIDA. Entonces yo pienso que ahí el hecho de haber identificado tardíamente es porque ni siquiera los mismos miembros que eran los más llamados a decir que conocían la situación eran justamente los representantes idóneos para estar ahí, a veces mandaban a cualquiera como para tapar el hoyo de la institución pero no era una persona que fuera la que le daba seguimiento a las acciones de VIH en su institución verdad, entonces ha habido bastante rotación por ejemplo de repente un Ministerio manda a un técnico, en otro momento manda a una persona del área administrativa, y eso le resta capacidad al MCP para identificar que habían debilidades, yo creo que ahora que ya tienen por ejemplo como le mencionaba la empresa privada está muy formal mandando una persona, también Trabajo pues que siempre está la misma persona que también es de la Secretaría de Salud, Salud y quizás esta gente que mandó también de la, de la de la, ahora se ha incorporado la, está Ministerio de Desarrollo Social está incorporado, que ahí...

EA- Pero los estatutos permitían ese, esa incorporación

KZ- Si, si, si, si, ósea para poder, para incorporar estas otras instancias hubo reforma de los estatutos, ha habido, ha habido reforma de los estatutos.

EA- Hubo reforma, reciente entonces, porque este ministerio data del año pasado.

KZ- Si, si yo creo que el de Desarrollo Social, el de Desarrollo Social, si así es que se llama ese, Ministerio de Desarrollo Social está llegando recién, no sé en qué acta realmente no recuerdo porque tampoco yo voy a todas las reuniones porque yo voy cuando la, cuando me toca representar a la organización o como oyente a veces verdad, que va la doctora Watson como representante....

EA- Para darle seguimiento

KZ- Y yo voy a, exacto por si hay que darle seguimiento a alguna cosa, pero no sé en qué acta pero si se que se formalizó la incorporación de Desarrollo Social, entonces está hiendo, esto es nuevo cómo dice usted, reciente, y he estado hiendo permanente, he estado hiendo, le ha dado seguimiento.

EA- Pero entonces digamos que a veces en lo que usted me, en lo que usted me refiere a veces estamos hablando del MCP y a veces de la CONASIDA o siempre del MCP

KZ-No, yo le pongo el ejemplo del MCP como, como base, pero da la casualidad de que algunos miembros del MCP casi son los mismos miembros en la CONASIDA, sin embargo el MCP ha tenido, ha estado sobreviviendo mejor que la CONASIDA, la CONASIDA está en una crisis yo diría que la peor que ha tenido en su historia verdad y el MCP de alguna manera se mantiene y es sencillo saberlo porque el MCP es el que maneja ese proyecto tan grande y con tantos fondos, entonces no se van a apagar así las ilusiones de la gente tan fácil como en la CONASIDA que no hay ningún cinco de por medio y que es puro compromiso verdad, es diferente, en el MCP ahí están los grupos que aunque se quisiera que no hubiera conflictos de interés pero es difícil, es bien difícil

EA- Conflicto de interés entre qué y qué

KZ-Entre los proyectos que se ejecutan y los miembros del MCP, porque por ejemplo cuando hablamos de, por decirle un proyecto cómo los que están dirigidos a poblaciones en mayor riesgo, los que van dirigidos a la sociedad civil que están en el, en el, en el área de prevención, estos proyectos siempre están organizaciones de la sociedad civil presentan sus propuestas y ganan los proyectos verdad y dentro del MCP hay organizaciones como ASONAPSIDA, que también asiste permanentemente y que es una organización permanente del MCP pero quizá que también le falta el crecimiento que yo le estoy mencionando, mejorar la parte técnica para poder, para poder poner mejor sus propuestas. Pero ASONAPSIDA también es beneficiaria de fondos del proyecto, entonces...

EA- Es juez y parte de alguna forma

KZ-Claro, en alguna manera está viendo siempre, las organizaciones que tienen, que tienen beneficio del fondo en algún momento no pueden ser estériles, como se llama "anergicas", que no van a tener ninguna inclinación, porque a veces están tomando decisiones sobre por ejemplo que se van a disminuir, porque ha habido decisiones de ese tipo, que se van a disminuir fondos a tal proyecto porque se van a reprogramar para alimentar otro, y eso se dispone en el ámbito del MCP y eso se manda después a ser aprobado por el Fondo a Ginebra, pero es el MCP el que define...

EA- Quien toma las decisiones

KZ-Quien toma las decisiones verdad, entonces es ahí en donde pienso yo que podría haber en algún momento un poquito de conflicto de interés en el sentido que bueno, yo soy de tal grupo no me gustaría que mi grupo saliera perjudicado en cuanto a los fondos, porque se lo van a dar a un grupo que tal vez ha demostrado mejor capacidad de ejecución porque ese es un criterio que se ha utilizado.

EA- Digamos que esos son criterios que no tendrían nada de cuestionable porque son criterios de tipo técnico que de repente se toman esas decisiones en función del grado de respuesta o de avance que se tenga por parte de las organizaciones, pero digamos que más allá que eso en, siempre llama la atención o no termina uno de explicarse cómo es ese funcionamiento, decía usted hace un poquito que varios de los miembros que pertenecen al MCP son los mismos de CONASIDA, de hecho los sectores son los mismos me refiero a sector Gobierno, a sector Cooperante y a sector de la Sociedad Civil. Cómo se da esa situación que, que por Ley según la Ley Especial de VIH-SIDA, CONASIDA tiene un mandato en relación a

dictar la política nacional en el ámbito del tema de VIH-SIDA, pero por otro lado vemos que las decisiones no necesariamente las toma la CONASIDA sino este otro ente colegiado llamado MCP en función de ser quien gestiona y maneja y coordina el cumplimiento de una propuesta que tiene fondos asignados de parte del Fondo Global. Entonces a uno la pregunta que le surge es, así de manera muy *naïve* si se quiere, es bueno, cómo es que si son los mismos sectores, o es el mismo sector gobierno digamos que no vela por los intereses nacionales en CONASIDA, pero si tiene un rol no sé de qué tipo en el MCP, es decir, ¿Cómo se maneja eso? ¿Cómo, cómo se convive de esa manera? Es decir, ¿hasta dónde se está por encima de la ley si se quiere decirlo de esa forma?

KZ-Si, podría ser así como usted lo dice porque de hecho la ley confiere la potestad y también como la rectoría en el tema de políticas a la CONASIDA y es cierto, yo diría que en un 90% coinciden los miembros de las 2 estructuras, de MCP y de CONASIDA y yo pienso ósea así como dice usted de una forma, yo no diría que tan *naïve*, sino que de una forma bien practica que de repente lo que esta jugándose ahí en cuanto a la participación y el compromiso de las personas que van es los fondos, es lamentable pues porque, uno va a las estructuras de la CONASIDA y ha habido múltiples, muchos esfuerzos donde se le notifica a través del Ministro de Salud a los demás ministerios que tienen que mandar la representatividad adecuada y usted sigue viendo que no hay un interés, yo creo que también hay un desconocimiento del sector gobierno a profundidad ósea hay un desconocimiento estructural del tema de VIH, ósea tal vez conocen del VIH, han oído de VIH, saben que hay mucha problemática de VIH, pero no hay una, las organizaciones gubernamentales no tienen un proceso de sensibilización de su personal para darles a conocer la problemática, ellos yo diría que casi porque les dicen “andá” y como por decreto tiene que ir, pero no hay una consciencia.

EA- Claro, pero ahí es donde uno, y por eso le digo que pudiera ser como *naïve*, porque decir uno desde afuera de repente puede entender que el MCP digamos gestiona, promociona, y ve por el cumplimiento de las, los proyectos para ejecución de fondos, que sabemos que CONASIDA no tiene, pero si partimos del supuesto que existe un Plan Estratégico de SIDA que de alguna manera ha sido promovido y sancionado por la CONASIDA, y que esa es, digamos el punto de partida para la elaboración de propuestas de Fondo Global, digamos que es una parte del todo llamado PEMISIDA , entonces qué, qué es lo que hace la diferencia para que, es decir, yo quiero entender si es que dentro del MCP, de que forma la gente que acude a esas reuniones, no falla y es puntual y está digamos siempre muy atenta a asistir y no así en CONASIDA si de hecho son las mismas personas, es para el mismo fin, pero no necesariamente o yo no sé, si es que se recibe dieta o porque la gente está como muy dispuesta a participar en una y no en la otra.

KZ-Yo creo que en la, en el caso de la participación de algunos sectores, no es dieta pero si se les pagan viáticos por ejemplo a gente que viene de otros lados, porque no necesariamente aunque sea una Secretaria de Estado, en las Secretarías de Estado casi todos los representantes son de Tegucigalpa, pero de algunas organizaciones de la Sociedad Civil si definitivamente son organizaciones que el representante que ha sido electo, porque cada grupo elige su representante, y a veces no es una persona local entonces a esa persona lo que se le da no es una dieta sino que más bien para que se movilice y los gastos de sobrevivencia durante está en ese lugar, no es que, que yo sepa el MCP no da dietas, así que va venir una persona ni tampoco lo da, tampoco, ni tampoco lo da a los funcionarios del gobierno, verdad ósea

es realmente interesante ver eso que no es que, la CONASIDA pues nada verdad, la CONASIDA definitivamente..

EA- Ni lugar si tienen, de reunión

KZ-Exacto, ni lugar de reunión. El MCP usted sabe que hasta ha tenido su local y todo, ahora tienen un local muy bonito en un edificio ahí en la Florencia, ya no están en aquella casa pero están cerca, y siempre tienen su espacio donde ellos pueden tener sus reuniones, acuérdesse usted que hace un tiempo esa, esa vivienda que se pagaba la pagaba el AID, fondos del AID, y ahora ya no. Ahora dentro del mismo proyecto, como dentro del proyecto Fondo Mundial hay una parte que es para mantener vivo ese trabajo del MCP, entonces tiene asignación de recursos, dentro del proyecto grande hay un poquito de dinero que se designa para que el MCP sobreviva, y entonces de ese dinero han podido tener su local y de ese dinero pueden gestionarle sus viáticos a las personas, entonces claro ahí eso ayuda verdad porque en CONASIDA a veces la gente no se presenta porque no tienen como pagarles la movilización.

EA- Quizás un poco de la historia por así decir, que ha venido perfilando o construyendo esa realidad que ahora se vive entre MCP y CONASIDA es digamos a inicios de las propuestas de Fondo Global. ¿Porqué hubo una necesidad de conformar un MCP si había una CONASIDA?

KZ-Normalmente, ósea, una de las, la propuesta de Fondo Mundial desde que nace, desde que empieza la presencia de Fondo Mundial en los países llevaba como intrínseco el hecho de que el país tenía que definir una estructura de mediación para el proyecto dónde se aprobaran las propuestas y donde se diera fe de que eso que se enviaba para el proyecto era lo que se decidía en el país, ahí en ese momento que fue cuando la primera ronda, no sé realmente yo a ciencia cierta cómo fue que se convocó para formar MCP, porque de hecho ya existía la CONASIDA, la Ley Especial del VIH es de antes del proyecto, ósea y aparte de eso la CONASIDA debería de ser la entidad que tiene sostenibilidad verdad porque es la entidad que está por ley determinada para eso. No sé en qué momento de la historia de la conformación del proyecto fue que se citaron los sectores, yo recuerdo que en las primeras reuniones que yo participaba que en ese momento era la, el vice-ministerio de, la vice-ministra de la Presidencia la que gestionaba, en ese momento, fue cuando empezó y empezó con mucha fuerza el MCP, y ahí empezó a echarle sombra a la CONASIDA porque el MCP se miraba, en ese momento creo que hay un error, hay un error también de...

EA- Conceptual será...

KZ-Exacto, conceptual como país porque la verdad es que el país, vaya porque por ejemplo yo conozco, yo tengo la oportunidad, he tenido la oportunidad de conocer otras, otros países, que no es que sean mejor que nosotros, pero que por ejemplo la estructura de CONASIDA es la que gerencia el proyecto de Fondo Mundial, el caso de Dominicana, Dominicana tiene la Comisión Presidencial de SIDA, está vinculada al sector Gobierno porque es del Presidente esa Comisión y ellos son los que tienen la última, la voz cantante en el proyecto, y no es que hubo que, que estar haciendo diferentes organizaciones verdad, más bien aquí yo creo que se duplicaron esfuerzos, y se, y se, y se duplicaron esfuerzos y se debilitó más bien la estructura de la CONASIDA.

EA- La estructura que ya estaba por ley instituida

KZ-Que ya estaba instituida verdad, más bien eso se debilitó y creo que fue un error desde el inicio porque haber concebido otro espacio, otro ente, no era lo mejor, lo mejor hubiera sido que la CONASIDA hubiera asumido ese rol.

EA- Porque, ¿Qué hace la diferencia en función de membrecía entre uno y otro?

KZ-Creo que la, creo que el MCP ahora, lo que tiene ahora, esta más incluyente de los grupos de sociedad civil de lo que tenía la CONASIDA, la CONASIDA según la, la CONASIDA no ha sido, ha estado luchando hace mucho por tener una, una reforma de su Ley Orgánica y no ha pasado, hay propuestas de la Ley Orgánica de la reforma pero no ha pasado, y en aquel momento la CONASIDA tenía, lo que ha tenido es mayor representatividad de sector de gobierno y cooperación que de Sociedad Civil, y el MCP no, el MCP ha logrado en ese proceso que se tiene de implementación del proyecto que se han incorporado y de hecho ahora tiene mayor representatividad la Sociedad Civil que los sectores, y yo le diría que el sector de Cooperación Internacional quizás analiza mucho el hecho si debe de estar ahí..

EA-¿En dónde?

KZ-En la MCP, porque por ejemplo en la OPS se analiza mucho el hecho si no debería ser un rol más bien externo solo de esos de cooperación técnica en lugar de estar tomando decisiones.

EA- Tomando decisiones, pero que ocurre en CONASIDA, en CONASIDA no hay un sector de cooperación...

KZ-No, no hay, no hay

EA- Bueno, pero entonces eso es lo que hace la diferencia

KZ-Sí, hay una diferencia y grande porque en CONASIDA sólo están los gobiernos y las organizaciones de sociedad civil que había como lo digo yo, se, se iba la balanza un poquito más para las organizaciones gubernamentales y por eso se propone la reforma de la CONASIDA verdad, que no ha pasado todavía, para reestructurar esto, pero en MCP ya se incorpora la sociedad civil, es tripartita, tiene gobierno, sociedad civil, y se incorpora la cooperación, aunque la cooperación desde el punto de vista ético debería de ser solamente, yo pienso que es cierto, que de repente la cooperación debería ser un respaldo técnico y un respaldo y apoyo pero no debería tomar decisiones, la OPS ha estado analizando mucho eso, y de hecho yo siento que poco a poco ha sentido más el deseo de que de repente no, no ser parte del MCP sino que simplemente estar ahí como una...

EA- Como un invitado

KZ-Como un invitado que le dé el apoyo cuando hay que tomar una decisión técnica y todo esto, no sé que tanto las otras, porque ahorita están 3 sectores de cooperación representados, ONUSIDA, OPS y AID verdad, no sé que tanto los otros 2 sectores pensarán igual, pero yo si sé de la OPS que ha estado analizando mucho ese rol, y que hay personas dentro de la misma organización que se oponen totalmente a que la OPS sea miembro de la MCP

EA-Porque son cosas como de decisiones Nacionales, pero si hacemos un poco de memoria, es decir si estamos identificando que es el sector cooperante el que hace la diferencia entre uno y otro llama la atención verdad poderosamente es decir, porque en ese momento se hizo a un lado CONASIDA y hubo necesidad de estructurar otro ente verdad.

KZ-Claro y tal vez de repente de una manera no estoy tan segura si, si, si intencional pero que si sucedió, la cooperación tal vez hubiera tenido un rol bien, pues de poner los puntos sobre las íes en ese momento y decir, bueno nosotros estamos para apoyar pero pensamos que debe de ser CONASIDA, tal vez incluso pienso yo que de repente hasta dentro de la cooperación había diversidad conceptual, ósea que no había claridad conceptual porque ahí si hubiera habido claridad conceptual hubiera sido una gran ganancia para el país porque ahí la misma cooperación que es un ente que lo que tiene que brindar es justamente eso cooperación, pero no tomar decisiones hubiera dicho verdad, bueno nosotros como organizaciones apoyamos pero lo correcto es que sea, que se represente aquí la CONASIDA como tal porque es la que está dada por ley. Y entonces yo creo que también en ese momento no estaba ni siquiera la misma cooperación internacional empoderada de su rol, y no conocía bien esa, esa, esa... yo pienso que eso ha evolucionado Emilia porque yo...

EA-La misma sociedad civil dice, o la misma cooperación

KZ-No, la cooperación ha evolucionado, ahora esas, esas pláticas que yo oigo, yo tengo 6 años de estar en OPS, y esas pláticas que yo he oído en OPS son de los últimos 2-3 años en donde ha entrado un, como un razonamiento entender claramente que el rol de la organización como una organización especializada en salud, es apoyar acciones técnicas que son para beneficiar que las personas que tienen el proyecto tengan su mayor fruto del proyecto

EA-Y un mayor desarrollo de repente.

KZ-Exacto. Pero, pero no sé cómo va a parar eso porque yo siento también por ejemplo que todavía a nivel global se sigue, nosotros aquí en los países somos un solo, solo un, la punta del iceberg porque a nivel global todavía se sigue viendo ese apoyo de que dicen que el Fondo Mundial va a firmar un acuerdo con la OPS por ejemplo, entonces ya otros niveles en unas estructuras más grandes siguen fortaleciendo esas relaciones verdad, y tal vez a nivel país de repente se vea de otra forma pero a nivel global se siguen fortaleciendo fuertemente esas relaciones entre el Fondo Mundial por ejemplo y las organizaciones de cooperación internacional, entonces hay como una divergencia porque si claro el mandato, el mandato mundial global impacta en el regional y por supuesto en el de país. Entonces, yo no veo, yo no veo tampoco así al corto plazo que la OPS diga lo sentimos nosotros ya no vamos a ser miembros en esta mesa, porque estoy viendo que por otro lado a nivel global se están fortaleciendo las estructuras de, de.... Entonces es una divergencia realmente, lo que ha sucedido en los países es por el conocimiento empírico diría yo, la práctica empírica de lo que está sucediendo en el proyecto, y lo que está sucediendo a nivel global lo ven desde el ámbito político de tener esa relación pero no saben en la, en la, en la, como digo yo no saben en el campo lo que está pasando realmente, donde se identifica la debilidad, que entonces se siente responsable la cooperación de que no se fortalezca las instancias nacionales.

EA-Al final eso es lo que da como resultado entonces.

KZ-Exacto, ósea se va sintiendo la cooperación como que no está contribuyendo a fortalecer ese que... y que para eso supuestamente es la razón de ser de la cooperación, se forma para que el país quede con la capacidad instalada, y entonces ahí viene la, la, la situación de la divergencia que usted dice bueno yo estoy aquí apoyando al país o que estoy haciendo aquí, o estoy tomándome el rol que le compete al país más bien yo por mi cuenta, y no estoy dejando que sean ellos los que tomen sus decisiones.

EA-Si, ahora en todo esto fíjese que es, es curioso, al analizar la evolución digamos de estos docentes del MCP y de CONASIDA como usted me comenta, el auge que se ha venido dando o fortalecimiento de la sociedad civil y el cuestionamiento que por lo menos a nivel local se tiene desde la cooperación sobre su injerencia o el rol que, que tiene. Pero el otro gran actor que supuestamente debería tomar decisiones es el sector gobierno. ¿Cómo usted analiza en todo este tiempo la digamos el accionar, la presencia o la evolución del sector gubernamental?

KZ-El sector gobierno yo en estas estructuras tanto MCP como, como, como CONASIDA yo prácticamente lo centraría en Secretaría de Salud, creo que ha estado, creo que ha estado irresponsablemente diría yo, irresponsablemente la Secretaría de Salud delegada para un accionar que es una competencia nacional que no solo le compete a ellos, siento que sean acomodado también las otras Secretarías de Estado y que han visto cómo que Salud es la que le tiene que poner frente a esto y no han asumido su responsabilidad, por más que esté, por más que esté planteado en un Plan Estratégico Nacional que es justamente de respuesta nacional, no es una respuesta del Sector Salud, es una respuesta nacional que por más que este planteado ahí que debe de ser intersectorial y que debe de, de, de los diferentes sectores gubernamentales tomar su rol, eso no se ha dado. Le han dado mucha responsabilidad a la Secretaría de Salud quizás más de la que la Secretaría de Salud pudiera, pudiera asumir, por más que tenga porque indudablemente siempre ha habido personas comprometidas con el trabajo y hay gente muy, muy capaz verdad que tiene capacidad ...énica y también tiene compromiso...

EA-Moral, si se quiere

KZ-Moral, exacto con la causa. Pero también la gente se, se echa a perder con el tiempo de sentirse sola verdad, ya después como en una sensación como de que, ay yo tanto que luché para esto pero a la hora de la hora no logro nada entonces la gente también se va, usted nota que hay personas que antes eran beligerantes, que usted las veía que eran propositivas y todo, que la gente se va, va cambiando, imagínese que triste porque supuestamente son espacios donde más bien debería de alimentarse esa capacidad y entonces la gente más bien la va perdiendo porque se siente sola, se siente que no tiene apoyo, y que está, y que no puede resolver, entonces para que voy a opinar dicen, si al final no voy a conseguir.

EA-Se llega como a....

KZ-A desmotivar, yo diría que es una desmotivación. Y yo pienso que eso, en el sector gobierno, quizás de los tres sectores es el sector, más, más verde de los tres sectores del MCP verdad porque me parece a mí que ha sido muy cómodo el sector gobierno en ese sentido, en no asumir su, su, su rol que como país... Ahora bien, eso es dependiendo de las personas porque hoy, ayer, aquí anda el director regional de ONUSIDA, y ayer me cayó como gran sorpresa a mí, pero sorpresa, cuando él comunicó que anduvo en la reunión en con el presidente y que dijo que iba a ir él y la Primera Dama a la reunión de Lungas,

EA-Ajá, si salió en el periódico algo de eso...

KZ-Sin embargo, en este último año de este último gobierno, el sector gobierno empezando por la Presidencia y por la Primera Dama no han estado tan involucrados en el tema de VIH, lo han visto así como de larguito verdad, no le han dado como en el, como en el, como en el gobierno pasado que podríamos decir que hubo un apoyo fuerte de la Primera Dama

EA-Intenso, si

KZ-Intenso, que ella se metió mucho en el tema y que se le miraba a ella la voluntad de, de apoyar y que de alguna manera con su trabajo en su rol de Primera Dama, de alguna manera lograba que también se vinculara a su esposo porque así es verdad, ella como Primera Dama estuvo apoyando mucho el tema, no sé quien la aconsejaba pero la aconsejaban bien, porque ella por ejemplo cuando tenía que ir a un evento de representatividad nacional ella pedía apoyo de las agencias por ejemplo para que le dieran las herramientas y que ir con, ir con conocimiento, no ir a hacer una cosa... y eso es importante. A mi honestamente me preocupa ahorita que diga el Presidente y la Primera Dama que van a ir a eso, y pero van a ir, y pero ir, ir, ir es ir al Empire State, ósea ir a pasear a Nueva York pero la cosa es ir a tener un, una capacidad de, de que en ese momento que se van a tomar las decisiones, que se van hasta asignar recursos, que se van a definir, que capacidad de tiene de abogacía nuestro, nuestro representante máximo que es el Presidente verdad, y en ese sentido nosotros hemos ofrecido el apoyo a través del grupo ONUSIDA para ver de qué manera, porque va a ir ahí, va a ir el Ministro de Salud también, pero tampoco el Ministro de Salud ha tenido mucha oportunidad, porque el Ministro de Salud se ha ahogado mucho en las emergencias, primero vino el H1N1, después vino el dengue, y ese señor estuvo en eso verdad. Entonces el VIH perdió color, perdió el color ahora y perdió presencia, perdió desde el gobierno pasado a este perdió bastante vistosidad el tema, y entonces solo cuando sale algún problema de alguna ruptura de stock es que se vuelve a abrir todo porque todo mundo anda reclamando que el medicamento faltó, ahora que hubo este incendio en el CAI del hospital... que hay temas así verdad que vuelven a mover va...

EA-A ponerlo en agenda

KZ-Pero si no, el gobierno no siento yo, de hecho cuando yo vi el Plan de Nación que yo estuve analizando los indicadores del Plan, los temas que yo conozco, y yo decía en VIH, no lo miraba el indicador, no existía, y yo tuve una oportunidad de, de hablar con personas que trabajan en el Plan, y yo le dije, me preocupa de sobremanera que no miro ningún indicador de VIH, si este país necesita todavía un trabajo sostenido de unos 15 años, 15 o 20 años para que logremos decir que estamos en una meseta, y no miraba el indicador yo claramente. Después como que reformularon el Plan, y como que han ido, y han tomado en consideración algunas de las recomendaciones y ya existe algún indicador de VIH, pero en el original no, no estaba, entonces llama la atención eso que de repente...

EA-Sí, me, me, me motiva mucho es decir la reflexión que usted hace en relación al cambio del gobierno anterior a este gobierno y las reflexiones que de repente suscita dentro de las agencias del Sistema de Naciones Unidas. Yo no sé si en esos, digamos planes colectivos que suelen formular ustedes, UNDAF creo que le llaman, al calor de estas reflexiones, o no sé si hacen análisis más allá de lo que usted como funcionaria pueda pensar, si es que se discute a nivel global en esas reuniones que se tienen de estrategias que permitan tener una continuidad más allá de los digamos 4 años de gobierno, en relación a que siempre haya un digamos, una estrategia de acercamiento a los altos mandos, me refiero a la pareja presidencial, en este momento que hemos mencionado, no sé si ustedes lo ven como parte de esas estrategias, eh....

KZ-Cuando, mire lo que se trabaja en el UNDEF, por lo general se trata de, de hacer el vínculo con lo más sostenible en el país, por ejemplo en su momento con la ERP, en este momento pues con el Plan de Nación porque obviamente es un plan que tiene una propuesta a largo plazo, se trata en la medida de lo posible considerar lo, lo que los sectores gubernamentales han establecido como sus prioridades, cuando se

hace el plan de UNDEF siempre se genera alguna propuesta del interior de las agencias pero el momento donde se definen las acciones es cuando se trabaja con, ya con las contrapartes, ósea las contrapartes que son el sector gobierno, por excelencia el sector gobierno verdad, la Secretaría de Planificación ahora, las, las

EA-Secretaría de Desarrollo Social

KZ-Desarrollo Social, la Salud, Educación, entonces son invitados y se hacen reuniones de, de trabajo en donde ya se ve las propuestas que se llevan y se analizan las prioridades que se tienen en función a ese plan, en este caso estamos hablando de un Plan de Nación. Yo digo que eso es una manera como de tratar de acercarse a la sostenibilidad porque hasta ahora en el país primera vez que se tiene un plan a largo plazo así como este, el anterior que era la estrategia, era 15 años creo la Estrategia de Reducción de la Pobreza si no me equivoco era como de, de una decena, si como 15 años tenía de, para ejecutarse y a eso se vinculo los UNDAFs anteriores pero, y en VIH específicamente si se ponen actividades que tienen que ver con la parte de abogacía, porque si sentimos que en VIH hay que trabajar mucho el tema de abogacía, lamentablemente en el país tampoco es que hay muchos expertos en abogacía, ósea nosotros proponemos cosas en función de la experiencia que tenemos en el trabajo de VIH, pero a la hora de, de hacer esos espacios de esos, de, de ir a hablar con un Presidente de ir, eso requiere

EA-Requiere toda una estructura

KZ-Uh, sí, toda una preparación de una persona que va a ir a hablar ahí, aparte que va a ir basando en evidencia su presentación que eso es bien importante, pero con una capacidad de convencer, que eso se estudia verdad, se prepara.

EA-Pero no hay, es decir, sí, no, yo, yo entiendo, es decir que no es algo improvisado que no puede ser algo que se, que se salga de, de un día para otro. Pero no es digamos, dentro de esas estrategias de abogacía no se tiene eso contemplado como una, que se yo, como una actividad permanente que hay que estar, digamos, alimentando periódicamente el hecho de, el interés que debe de haber de parte de las máximas autoridades, llámese Presidente, llámese Primera Dama, llámese que se yo, Secretaría de Planificación, como para un, eventos así concretos en esa línea no...

KZ-Creo que todavía está, de repente, como, como no sé si atomizada es la palabra, pero que todavía se ve más de actividad que con esa lógica verdad permanente porque si, se, se proponen acciones de abogacía, x acción, algún, se va a hacer una semana de tal fecha, se va a conmemorar tal día, se va a hacer un espacio para que el tema de VIH, pero también eso no, no, no ha resultado tan bien, no ha resultado perfecto porque precisamente eso que le menciono yo de las instituciones gubernamentales con esa comodidad que no sé, no les ha, no les ha calado ese tipo de trabajo. Yo creo que mejor sería por ejemplo que una institución que no fuera Salud, como por ejemplo Secretaría de Trabajo que yo miro, yo miro que la oportunidad que hubiera en la Secretaría de Trabajo sería formidable porque la Secretaría de Trabajo podría tener un plan, una política de VIH, en el lugar de trabajo y podría avanzar de una manera más sostenida en todo lo que es la estructura del trabajo, incluso en la empresa privada. Y podría llegarse a, a, a pero no eso empieza ahora, empieza a haber ya como una propuesta de hecho ya tienen una, una, una consultora nacional la OIT para apoyar acciones de ese tipo que es Liliana Mejía, Liliana ya no está con ONUSIDA ahora está con OIT, como una lógica de poder fortalecer desde el sector trabajo todo lo que es la, la iniciación de una política de VIH en el lugar de trabajo, tanto en el lugar público como en... eso para mí sería muchísimo más efectivo que solo las acciones que hace Salud porque eso sería llegar

a la persona en su ámbito de trabajo y le podría dar también una, una responsabilidad a la institución para darle seguimiento verdad.

EA-Sería como más continuado.

KZ-Más continuado claro, ya lo asumirían de que por lo menos una vez al año, porque, por ejemplo en el sistema de Naciones Unidas que es lo que se hace por decir que aunque no sea lo perfecto pero que trata de posicionar el tema, que se hace siempre una, un mapeo del personal que ingresa nuevo se dan capacitaciones 2 veces al año al menos para que la gente conozca del tema, y se le dan a conocer las políticas dentro del sistema en el tema de VIH, a toda la, a toda la, ósea todos los que tienen acceso la gente dentro de la, de la, de las Naciones Unidas por ejemplo que tienen su, si tienen alguna, alguna emergencia de, de exposición verdad que pueden tener acceso a sus kit de, de profilaxis por su exposición, cosas que, que por ejemplo en un trabajo sería fabuloso que unas personas que trabajan en maquila o que trabajan en cualquier empresa le pudieran decir, mire si usted tiene un abuso sexual, usted es violado sexualmente, o tiene un accidente laboral donde usted se contamina, tiene sangre de por medio, usted va a tener un respaldo de esta, de esta institución que le van a dar un apoyo para que usted tenga menos riesgo de infectarse del VIH. Eso es una manera de que la gente valore más el tema porque lo ve vinculado a sí mismo, en un momento determinado que le pase algo sabe que tiene adónde acudir y entonces sabe que existe esa respuesta, pero como no se ha visto de esa manera, sino que solo lo que la Secretaría de Salud a través de proyectos ejecute para las personas infectadas, pero el ámbito de prevención está....

EA-Ahora, si nos vamos a un nivel más macro por así llamarlo, partamos de que existe un plan estratégico nacional, y quizás, quizás las tres palabras por separado tienen una connotación o un significado muy grande, hablar de un plan, hablar que es estratégico, y hablar de que es nacional, decir que no es de un sector sino que involucra a todo mundo. Hasta donde se ha trabajado, piensa usted, o quienes deberían de estar promocionando esta idea de apropiarse, en realidad lo han hecho en los niveles que corresponde porque de repente como dicen el papel aguanta con todo verdad, y en el plan hay una serie de cosas que no necesariamente se llevan a la práctica, entonces a quien le correspondería eso es decir, quien tendría que estar velando por que eso se dé ya que quien supuestamente lo tendría que hacer que es CONASIDA está bastante digamos cuestionado su, su, su accionar.

KZ-Pues, como la CONAS- , ósea lo idóneo sería CONASIDA verdad porque ahí están representados los sectores, pero en el caso de faltar la CONASIDA, yo creo que la responsabilidad recae fuertemente sobre el sector Salud, la Secretaría de Salud, en cuanto a por lo menos lo que, lo que es intra-institucional, lo que es de la Secretaría de Salud pero también debe haber algunas acciones en la parte externa de las otras Secretarías, esto que yo le estoy platicando un ejemplo que es la profilaxis por exposición que no es que las organizaciones van a manejar sus kits, pero cómo vincula usted lo que la Secretaría de Salud le ofrece a la población con la Secretaría de, de, de Planificación que le dice la Secretaría de Salud capacita los empleados y les dice, ustedes si tienen una violación sexual pueden acudir al CAI fulano de tal, sutano, mengano le da los nombres, le da un listado para que le den una respuesta. Salud ejecuta la acción pero las otras instancias conocen que existe y que pueden tener esa respuesta, ahí podría tener un mayor apoyo la Secretaría de Salud, pero es una cosa, diría yo como casi, como, como decorativa, porque de todo lo que tiene el VIH eso es mínimo para todo lo que podría lograrse en los diferentes sectores.

EA-¿Cómo así?

KZ-Ósea, la profilaxis por exposición se me ocurre a mí que es como lo menos que lo que se podría lograr, todo el trabajo en prevención que se podría lograr en las instituciones de le Estado ni siquiera la Secretaría de Educación lo, lo, lo se ha luchado para que se pueda disponer de, de unas herramientas para los docentes y todo para que puedan educar a los niños y ha costado muchísimo. Entonces, aquí se avanzó mejor en Salud, pero los otros sectores quedaron abajo.

EA-Pero usted me habla bastante de prevención cuando habla de profilaxis, cuando de habla exposición, cuando habla de conocimiento de las personas para que hacer en caso de una situación digamos de exposición, pero no, no, no veo como muy presente digamos el tema de política social que también hace al Plan Estratégico Nacional e involucra a los otros sectores.

KZ-Si, esa, ese componente del PENSIDA quizás es el que menos, se, se, yo diría que es el que menos se trabaja en la práctica, el tema de política social, todo lo que está, porque están los tres componentes, y yo no le hablo mucho de atención, porque atención casi la asume en su totalidad la Secretaría de Salud y ellos pues de una u otra manera están, están respondiendo al tema del tratamiento, a tener seguimiento que eso si yo no le podría yo decir que lo va a hacer otra Secretaría porque le compete a Salud, pero en el tema de políticas públicas yo diría que hay muy poco avance, en cuanto a fortalecer ese ámbito político en los demás sectores hay poco avance, poco avance porque está ahí como dice usted en papel, en blanco y negro, y está cómo, el cómo, pero lejos de CONADEH por ejemplo que tiene una estructura que, que, que por lo menos ha llegado a desarrollar vínculos entre la población y para poner denuncias, o para poner algún tipo de abuso ahí, lejos del CONADEH y lejos de alguna Fiscalía que las personas presentan alguna queja, no hay nadie más que esté consciente de la responsabilidad que tiene verdad, no hay esa consciencia pues en que tiene responsabilidad en el tema de respetarle los derechos a las personas, de no estigmatizarlos, de no discriminarlos, y casi por decreto también quieren que la Secretaría de Salud tenga responsabilidad en eso, y la Secretaría de Salud tiene responsabilidad en su personal, pero lo que haga otra instancia del Estado es ellos los que deberían de tener los patrones, los seguimientos para impedir que su gente... hay personas que todavía se siguen haciendo la prueba para darles trabajo, hay personas que se les sigue discriminando por cuestiones de VIH y no ve usted un accionar concreto verdad lejos de lo que le mencione, que la persona puede ir a, que CONADEH ha abierto un poco la, la estructura para que la gente pueda ir a poner una denuncia, ahora la resolución de la denuncia tampoco es lo mejor, porque la persona va pero es difícil darle seguimiento a ver si tiene una respuesta y sobre todo, una...

EA-Acción, una restitución del derecho

KZ-Si, una restitución del derecho exacto, eso no lo ve usted tan claro, usted ve que la persona, hay más consciencia para poner la denuncia. Eso sí, creo que, que podríamos decir que hay, que sería tal vez un avance, porque si hay más consciencia y no solamente de las personas que viven con el VIH, yo siento que hay más consciencia de poner la denuncia en el tema por ejemplo de, de la prueba verdad, porque hay gente que ya sabe que no le tienen que exigir la prueba, y hay gente que ha ido a poner denuncias que le están exigiendo la prueba aunque no está infectada del VIH, entonces ya tal vez de alguna manera ha habido, se ha permeado en la población en ese ámbito, pero no lo mejor, pero si algo se ha logrado, entonces yo creo que en políticas públicas hay que trabajar, ahí es donde debería ser de verdad intersectorial el trabajo verdad, donde se miraría mejor el trabajo intersectorial porque con que cada sector tomara su responsabilidad habría un gran avance.

EA-Que es lo que supuestamente guía la, tanto la, digamos la construcción como el cumplimiento del PENSIDA como tal.

KZ-Exacto.

EA-Si, y que digamos, en, en toda este época, todo este tiempo que usted ha estado ligada al tema, cómo, qué, qué explicación le da usted a que esas cosas sean de esta forma, es decir porque cuesta tanto, no solamente poner lo en el papel sino ya llevarlo a la práctica después, qué, qué es lo que influye para que esta situación no pueda avanzar, me refiero a este área estratégica de política social, e inclusive la de prevención. ¿Qué explica eso, a su modo de ver?

KZ-En el ámbito de políticas sociales yo diría que también ahí falta como definir bien claro ese liderazgo, quien debe de tener ese liderazgo para promocionarlo a nivel de todos los sectores porque sabiendo que tenemos una estructura de la CONASIDA tan débil verdad, que no tiene pues, entonces probablemente se requiera de repente asignar ese liderazgo. Al no tenerlo la CONASIDA que debería de ser la que lo tuviera, pues por lo menos ver qué sector, yo pienso que el liderazgo en ese tema lo ha tenido el comisionado, el CONADEH, y pienso que lo ha tenido y pienso que lo que se ha, lo poco que se ha logrado lo ha logrado a través del comisionado para, para sensibilizar para que la gente conozca, pero no, para mí no es el comisionado el que debe tener ese liderazgo.

EA-¿Por qué no?

KZ-Ósea el comisionado tiene que ser el que, el que sea responsable de recibir, las, de recibir las denuncias y restituir el derecho, pero quien debe de tener el liderazgo es una estructura más, más alta, más arriba del comisionado, de repente no sé si es a nivel del, del poder ejecutivo, no sé si de repente a nivel del mismo, porque acuérdesse usted también que conoce Emilia que en aquella época donde se deseó que la CONASIDA tuviera un respaldo hasta financiero por parte del Estado como se luchó por unos centavitos y nunca se logró que el Congreso Nacional por ejemplo aprobara la, la... Entonces para mí la estructura de liderazgo debería de ser del Congreso, esa son, ese es el nivel de liderazgo que requeriría este tema porque ya es que, hace realidad cumplir la ley, no solo, no solo haber aprobado una la Ley Especial del VIH sino que ponerla en la práctica, en la realidad y no, son sectores que están como, allá a las cansadas cuando uno logra entrar ahí que le dan un espacio público y se murió el tema. No están tampoco sensibilizados, las estructuras del Estado no están sensibilizadas.

EA-¿Quién debería tomar ese liderazgo para sensibilizarles? Es decir, porque no hay que olvidar que este, las estructuras de gobierno pues son, es decir, no las estructuras, las personas que ejercen los puestos son transitorias, tienen un periodo, tienen digamos múltiples retos, actividades o situaciones que atender y de repente no se les cruza que VIH sea algo por así decirlo, tan amplio, cómo que tenga que estar a esos niveles de, de toma de decisiones tan altos verdad, entonces, así como dice "El Chavo" ¿Quién podrá defenderme? Quién tendría que ser el abanderado para decirles a esas personas que están tan arriba que el tema requiere y demanda de un liderazgo a una altura más allá de lo que actualmente o tradicionalmente se ha dado.

KZ-Yo pienso que ese, ese, ese abanderado no puede ser otro más que la sociedad civil fíjese, la que genera la respuesta de los sectores del gobiernos. Por eso es que para mí tiene tanta importancia que sea la sociedad civil la que reciba ese respaldo de, de fortalecerse porque son al fin y de cuentas los que van a poder despertar esa parte de, de la responsabilidad de las, de las estructuras

gubernamentales. La necesidad de la gente, ósea la que lo vive, la que lo siente, y no solo la que lo vive y la que lo siente, la población común silvestre verdad, la que, la que no es infectada pero que no tiene porque infectarse tampoco, esa es la que puede, para mí ese es el abanderado, a mí no me, ósea yo desde la perspectiva que yo tengo de mi experiencia en el trabajo, a mí para nada me, me estorba que sea la sociedad civil la que lidere esos procesos, me parece que sí debe de ser la sociedad civil, pero que debe de haber mayor, ósea que no solo sea por, por, por como dijo usted, como cosas así como de una emoción, que haya como una cosa sostenida que ellos, que ellos puedan manejarlo que se organicen y no solo como ASONAPSIDA verdad, que son las personas infectadas sino que una organización de sociedad civil que busca el tema como una, como una cuestión que debe de ser considerada a todo nivel.

EA-Cómo no, cómo no ya le entiendo, sí, sí. Como tema y no como personas infectadas.

KZ-Exacto como, como un tema que debe de ser priorizado.

EA-Que nos atañe a todos.

KZ-Que nos atañe a todos, exacto.

EA-Algo así como que la Asociación de Tabaco pues, de los Anti-Tabaco, que luchan por un tema. Ajá

KZ-Sí, mire como lograron que, que, que se, mire como logro tabaco, algo que no ha logrado, no hemos logrado en otros temas, tener una ley, tener ya...

EA-Sí, sí, ahora con todo y lo, digamos lógico que me parece ese, ese planteamiento suyo, y, y provocador en el sentido de bueno, qué es lo que hay hacer para lograr eso, me llama la atención esa reflexión que usted hacia al inicio, es decir, cómo el sector sociedad civil se ha visto que ido evolucionando y creciendo en su madurez política decía usted, quizás más que técnica. Pero por otro lado cuando analizamos un poquito más lo que usted ha venido comentando sobre que es dentro de una estructura que se llama MCP que tiene determinadas características y que más bien le hace el contrapeso a la otra estructura que por ley debería de funcionar que es la CONASIDA, de alguna manera uno piensa bueno, si han, han evolucionado pero como que se están dando con la piedra en los dientes, o será que no ven más allá de conseguir un proyecto, no sé estoy así un poquito pensando en voz alta porque eso que usted plantea a mí a todas luces me, me suena lo lógico que sean los miembros de la sociedad civil quienes le demanden al gobierno, pero por otro lado me pregunto yo, ¿En qué está enfrascada en lograr esos miembros de sociedad civil en este momento? O ¿Cuál ha sido su evolución y qué le hace falta todavía para evolucionar? ¿Cómo usted juzgaría esa evolución o en qué grado o cuanto les haría falta para llegar a esto que usted plantea?

KZ-Sí, yo creo que, pienso que la sociedad civil para poderse diversifi-, porque sería como diversificarse, ósea que ya no solo es en función de un proyecto verdad, porque eso sí, eso es una, a pesar de que yo lo he mencionado como un avance, pero el avance se limita a la estructura de un proyecto, entonces cuando ya se limita a la estructura de un proyecto es un debilidad porque desaparece el proyecto y desaparece la, la lucha, la, la desaparece como la misión, como el empuje que debe tener, entonces ahí quizás no, no, no tendría yo tan clara la respuesta como lograr que eso, eso se horizontalizara más a la sociedad civil y que los grupos que trabajan por ejemplo por vaya, los maestros los que trabajan por el tema de, del hambre de la nutrición, ósea esos grupos, esa diversidad de grupos asumieran también un rol en el

tema de VIH, porque hay también sociedad civil que trabaja en otros temas relacionados con, con otras situaciones de, de la vida, de los problemas sociales de la población verdad, usted misma lo mencionó ahorita los que luchan contra el tabaquismo, ósea hay diferentes estructuras de la sociedad civil para poder sacar desde la estructura de un proyecto eso, es un proceso largo es bastante complejo, porque habría que ver, porque eso tendría que insertarse entonces tal vez la oportunidad lo veo yo en el sector educativo, en donde se inserta, donde estamos generando la, la, la pobla-, las nuevas...

EA-Las nuevas generaciones

KZ-Exactamente, en el sector educativo de los que tienen acceso a la educación, y de los que no tienen acceso a la educación otras estrategias de, de, de que conozcan la importancia, pero yo lo miro lejos, que, que esto salga del ámbito de la sociedad civil del proyecto y lo miro lejos que salga mucho más allá de la gente infectada por el VIH, todavía no, no, no hay, y porque hay mucho estigma, si...

EA-Digamos que su ámbito de mirada es bastante corto podríamos decir.

KZ-Exacto. Si porque ellos también podrían tener trabajo con organizaciones de otro tipo, pero también ellos por el mismo estigma, por la misma discriminación, ellos a veces no quieren dar la cara en otros aspectos, en otros ámbitos, están siempre con su mismo espacio, ahí están haciendo sus luchas y a veces usted mira que la sociedad civil misma se fractura y se, y se, y compiten, verdad...

EA-Sí, hay competencia

KZ-Como una competencia que más bien los limita a ellos

EA-Los debilita

KZ-Porque de repente las organizaciones, porque una logro un proyecto que le van a hacer aquí la otra se molesta y empiezan a, empieza en vez de lugar, en lugar a apoyar esta acción empieza más bien a haber como, como...

EA-Boicotear

KZ-Boicotea, exacto

EA-Pero quien se beneficia de todo esto en última instancia, de esas luchas intestinas, habrá algún sector que se beneficie de eso, será intencional o comodidad o de, no sé, porque tal pareciera, es decir, a la vuelta de algunos años que tenemos transitando en este tema del VIH, digamos son, son, son inquietudes o situaciones que no son nuevas, de repente esta misma plática la pudimos haber tenido palabras más, palabras menos anteriormente, pero siempre se pregunta uno bueno, no somos las únicas que pensamos así de repente hay una no sé si masa crítica llamarlo pero por lo menos un grupo de personas que pudieran pensar de esta manera, ¿Qué hace falta para que prenda? Porque cuando uno revisa o hemos venido pasando la revista en esta plática a digamos estructuras como el MCP, como la CONASIDA, como el accionar de, de los entes gubernamentales, de los entes de sociedad civil y pareciera como que caminamos y nos encontramos con un callejón sin salida, caminamos para otro lado y nos encontramos con otro, entonces y por otro lado pareciera que algunas de las soluciones, o aparentes soluciones para que esto trascendiera a otro nivel de una respuesta más integral, más nacional, más estratégica, dependen de situaciones que, de las cuales no se pueden salir porque estamos en un círculo vicioso, es decir la sociedad civil no logra ver más allá porque tiene sus necesidades y lucha por ellas, el sector educativo no puede ser porque hay quién los va a capacitar y ellos mismos no lo están, no sé, no quiero ser pesimista sino que más bien quiero ver cuál podría ser

ese ámbito de posibilidad que pudiera pensar en que hay una respuesta un poco más nacional y estratégica.

KZ-No sé realmente con esta pregunta quién se beneficia, eso es interesante porque, porque al final si usted me pregunta a mí, quien se beneficia yo diría que nadie se beneficia de una situación así que nos tiene..., nadie como, como...

EA-Sector

KZ-Como sector, claro como sector, no sé realmente, nunca me he puesto a pensar si habrá algún sector que, que se sienta contento de que, de que, de que el VIH siga siendo... verdad, no sé de repente, ósea, ósea podría...

EA-Que siga generando proyectos

KZ-Que siga generando proyectos y que siga siendo el modus vivendi de un montón de personas verdad, porque eso podría ser también pareciera como medio, como patético pensar así pero de repente podría pensar, podría decirse bueno habrá sectores que les conviene porque con eso gestionan fondos, con eso viven de eso, con eso tienen trabajo, con eso logran un montón de aspectos y al final no solamente, ahí sí, no solamente es la sociedad civil la que hay que ver, hay que ver todos los sectores dentro de instituciones fuertes que no son tan frágiles como la sociedad civil que también han tenido beneficios de estar en esta temática, pero que habría que ver si dentro de su, de su...

EA-Estamos hablando de ONGs quizás o de...

KZ-ONGs y de las mismas estructuras gubernamentales porque hay tantas personas que, que de algún, de alguna manera tienen sus, sus trabajos y tienen su estabilidad laboral que se han metido en este tema y que ahí van a morir en ese, en esa Secretaría de Salud o en ese lugar donde trabajan haciendo lo mismo, lo mismo de siempre, pero sin innovar sino que solo pasando el rato, pareciera que como que no...

EA-No hay interés

KZ-O interés, o como que no, no sé por qué no, no sé por qué a la gente no le da por innovar, pareciera que hubiera un aplanamiento en la innovación, como que la gente dice, más de lo mismo, siempre lo mismo y la forma de hacerlo igual y con temores como que si voy a hacerlo de otra manera verdad, no va a resultar. Yo creo que eso también, tal vez es algo de repente cultural, habría que ver si están aspectos propios de nuestra sociedad porque en otros países que están mucho más abatidos del VIH, como, como, como países del África y todo hay estrategias tan innovadoras, tan bonitas, tan interesantes y son países que quizás son mucho más pobres que nosotros, y de repente se, se, se usted ve pues la gente, usted va a un, a un, a un desfile de, de, por decir del día de las flores que tienen en la fiesta y también ahí meten acciones que tienen que ver con el VIH, entonces la población no mira el VIH como un extraño sino que lo vuelven parte de su diario

EA-De la cotidianidad

KZ-De la cotidianidad, entonces como no lo ven así, entonces lo han hecho... y esas estructuras existen en África que son países muy pobres y han sido más innovadores, nosotros somos muy cerrados en eso, nos negamos a ver otras opciones de, de. Y es algo que yo no diría de donde surge yo no sé qué sector es el que tiene más resistencia a los cambios, pero hay resistencia a los cambios.

EA-Cuando usted habla de resistencia a los cambios Karla, se refiere digamos a, a ver que las instituciones de gobierno están acostumbrados a hacer algo y no se cambia, y que las ONGs siguen presentando proyectos de la misma forma y que las personas encargadas de revisar esos proyectos consideran que de esa manera como los presenta está bien, es decir, hay como que, todo mundo...

KZ-En todos los niveles

EA-Es decir, porque si, si, si las instituci-, si las organizaciones siguieran presentando las cosas de la misma manera y desde las entidades que tienen que aprobar o improbar esas propuestas estuviera la idea de la innovación digamos que tendería a rechazarse lo que es más de lo mismo, con resultados poco digamos, poco alentadores y se tendería a apoyar quizás más lo nuevo pero que hay en el ambiente me pregunto yo porque, en todo esto no es por falta de, no es por falta de, de, de exposición a otras formas de hacer las cosas en otros lados, es decir, para decirlo de otra forma por viajes y por congresos no queda, no queda pues, es decir, hemos tenido la oportunidad de ver cómo funcionan las cosas en otros lado. ¿Qué es lo que pasa? Me llama la atención bastante esto porque, bueno porque usted lo menciona verdad porque hablábamos de esto del, del, del círculo vicioso en el que a veces se trabaja de la misma manera pero bueno y que todo mundo estamos así.

KZ-Sí, yo creo que sí fíjese Emilia que en alguna manera, ósea incluso hasta las, hasta las mismas personas que tal vez en alguna medida hemos querido, vaya por ejemplo yo, yo he sido tal vez un poco idealista a veces y siempre digo, no pero podríamos probar. Y cuando, y cuando a mí me buscan por ejemplo por decirle sector, hasta la misma sector iglesia que busca apoyos de cooperación yo no les digo que no porque, porque yo pienso que, que en la medida que nosotros vayamos sumando aunque sea de una forma muy, muy sutil porque con el sector iglesia es prácticamente imposible cambiar cosas doctrinarias pero por lo menos hay, hay, hay puntos de entrada...

EA-Hay voluntad y puntos de entrada

KZ-Hay puntos de entrada, que, que se pueden trabajar verdad, y yo, yo miro que eso genera temores a veces hasta en mis supervisores y dicen, pero, pero y porqué desde cuando trabaja con la iglesia y todo, pero de repente vienen, de repente vienen y me ponen un correo de Colombia y me preguntan cómo hizo usted para trabajar, y se motivan en otro lado, cuéntenos como es ese proceso...

EA-Más afuera que aquí.

KZ-Ajá, porque aquí como el temorcito de que, esos sectores, de alguna manera esos sectores aunque se miren ahí que no pareciera que no cuentan, pero esos sectores infunden temor de la gente, el sector iglesia dicen que te vas a meter con eso, ya te vas a meter en camisa de 11 varas vos si andas metida en esos temas, o ya vas a ver, entonces claro la gente lo ve así porque si usted declara como un enemigo al otro sector, usted solita se corta las alas, pero si usted ve la manera en que ese sector usted lo involucra aunque sea en una puntita de las cositas que usted hace, aquel sector se convierte en su aliado, entonces yo creo que eso es lo que está pasando, que la gente prefiere no hacer a tener el temor de tener una negativa, porque la gente es muy, busca mucho él, el reconocimiento y que le digan que ay que logro esto, que logro lo otro, el protagonismo que es el que se distinguió, y no quiere encontrarse con dificultades sino que ir por el camino...

EA-A la segura

KZ-A la segura

EA-A la segura haciendo lo mismo

KZ-Haciendo lo mismo porque eso es lo que le va a sacar las castañas del fuego y va a salir tranquilo.

EA-Quizás a propósito de esta, de esta ultima apreciación suya en relación a lo mismo, y a, y a, ya no generar digamos este anticuerpos verdad, de, de con quien se trabaja, qué opinión le merece a usted esta estrategia porque estamos hablando de estrategias de abordaje, qué opinión le merece esta estrategia de los grupos vulnerables, de las como se le llama poblaciones específicas, o tiene varios nombres pero, el punto es que por alguna razón los proyectos con los cuales hay que trabajar es o en HSH, o en trabajadoras del sexo, o en niñez huérfana y vulnerable ahora verdad porque las cifras han llegado a proporciones más allá de lo, de lo manejable, pero digamos de, no era una población de entrada con las que se trabajaba sino que ahora por la acumulación verdad, pero las tradicionales, las trabajadoras del sexo, y los hombres que tienen sexo con hombres como poblaciones por un lado incuestionables, por otro lado, decir Como solemos decir pero que de alguna manera tienen un peso tal o una asignación presupuestaria tal que entonces lo otro se tiene la idea de que es una pérdida o una desperdicio de fondos. ¿Cómo usted analiza la lógica de esa estrategia?

KZ-Esa estrategia es justamente porque se ve en el término financiero, porque en él, en la transmisión de la enfermedad, en la transmisión de la infección el trabajo que se hace con estos grupos de que se les han llamado población, población en mayor riesgo, poblaciones vulnerables porque hay unos que le llaman en mayor riesgo, otros le llaman vulnerables verdad dependiendo, cada quien tiene su línea, es precisamente en términos financieros que se ha hecho el análisis porque en la cadena de transmisión se ha visto que tiene más peso tener una trabajo con una persona que tiene conductas sexuales o conductas de riesgo que a una que no las tiene, pero a mí me pasó una cosa bien simpática ahorita últimamente, estuvimos enfrascados en hacer un estudio que se llama, no es estudio es un ejercicio que se llama triangulación de información de VIH...

EA-Ajá, que es como una pirámide así

KZ-Si triangulación porque lo que hace usted, triangular la información quiere decir que usted se vale de todo lo que existe, de todo lo que hay para poder determinar, usted primero como país se hace un ensayo como país, usted invita a diferentes sectores y se, y se, se genera una pregunta, y en base a esa pregunta, casi parecido a como es un proceso de investigación de un trabajo de Tesis, en base a una pregunta empieza a hacerse todo un montón de investigación-, de, de análisis de información. Pues resulta que cuando hicimos el ejercicio del, la primera reunión para definir la pregunta, la pregunta que quedó fue ¿Cuál es la tendencia de la prevalencia del VIH en Honduras? Cuando se empieza a hacer el estudio-, y en esa pregunta la tendencia de la prevalencia del VIH hubo como cierto, como que todos los grupos de sociedad civil quedaron contentas con esa pregunta, tanto los hombres que tienen sexo con hombres, tanto las trabajadoras sexuales, tanto los que trabajaban en población garífuna, todos vieron que cuando se analizara la tendencia de la prevalencia iba a haber, se iban sentir ellos identificados en esa pregunta. Pues resulta que hemos trabajado casi un año con ese ejercicio, al grado que ahorita hace como dos meses que, que ya analizamos toda la información que se había volcado, el consultor que está apoyándonos en eso es Manuel, Manuel Sierra, porque es un estudio que tiene mucha parte epidemiológica, y se consulta todo lo que es por ejemplo informaciones hasta de los bancos, hasta de los bancos de sangre,

información de todo nivel. Pues al final mire como es la cosa, preocupada yo porque ahora que vayamos a la reunión de socialización yo digo que a saber si va a haber un, un, un...

EA-Me va a invitar

KZ-A saber cómo lo van a tomar porque mire, de tanto que hemos analizado y lleva qué, y lleva que trae y lleva que trae información llegamos a la conclusión de que de donde tenemos realmente información de base científica y evidencia para poder hacer un análisis de la prevalencia, de la tendencia de la prevalencia es de las madres embarazadas. Es donde se ha, donde el país realmente ha generado una base de datos verdad sostenible, una base de datos clara.

EA-Claro porque es, es permanente la, la vigilancia.

KZ-Exactamente

EA-No son estudios

KZ-Exactamente, entonces y por otro lado esa es otra cosa, vimos que en la población llamada de mayor riesgo tenía sus estudios cada 5 años que los cuales van tratando de vigilar como se está presentando la prevalencia, y ahora estamos haciendo el esfuerzo por sacar ese análisis, entonces mire como vino él, el, como se vino cambiando sobre un año de trabajo, al final darnos cuenta de que cuando empezamos a analizar la prevalencia teníamos una epidemia en la zona norte muy diferente a la del resto del país y dividimos la epidemia en, la epidemia en zona norte y resto del país, así la dividimos y nos fuimos dando cuenta que, no pero en hombres que tienen sexo con hombres no, no tenemos suficientes datos, nos hacen falta para triangular información porque tenemos estudios que se han hecho esporádicos en cada 5 años, el SBC, o el estudio de, de poblaciones vulnerables, de poblaciones móviles que hubo, o el estudio que usted estuvo en el multi- céntrico, todos esos estudios que se han hecho que han sido

EA-Esos tres momentos

KZ-Momentos, pero en cambio, entonces ahora, pero vaya por un lado sentíamos tranquilidad porque dijimos en el equipo que somos un equipo de petit y hay un equipo grande, al equipo grande es al que le vamos a presentar los resultados, en el equipo petit no, pero vamos a negociar bien esto porque no, no creo que se vayan a molestar porque al final todos los grupos también tienen beneficio de que sea la mujer embarazada porque todos los grupos independientemente que sean de colectivos de diversidad sexual, de trabajadoras sexuales, de todo, tienen una, tienen un, tienen como una responsabilidad, una corresponsabilidad en el tema de la mujer embarazada, viéndolo de una perspectiva como de la, del lado bueno verdad, de que todo mundo se va... Y ahorita estamos en un poco de aprietos porque cuando vayamos a esa reunión tenemos que ver la manera de que esta gente que nos apoyó para qué cual era la tendencia de la prev-, mire cuando analizamos la tendencia de la prevalencia era, era increíble como veíamos por ejemplo la, la, la población de los jóvenes que ya lo vimos en evidencia, como se ha disparado la epidemia en los jóvenes y como se ha disparado en población general, que ya no es de estos grupos de mayor riesgo, entonces, entonces claro ya ver todo eso en la práctica viéndolo con evidencia ya uno científicamente no puede decir, vamos a seguir en lo mismo. Sí, sí

EA-Es que me río yo porque es decir, esto que usted me está comentando a mí no me extraña en lo absoluto.

KZ-Verdad es una cosa que usted...

EA-A mí no me extraña en lo absoluto, es que decir, y le hago esta pregunta precisamente con ese ánimo cuestionador el hecho de bueno, de donde sale eso de las poblaciones de mayor riesgo y usted me dice que son las que tienen más prevalencia pero es que es como que usted me dijera, me acuerdo del chiste este de, de, que me cuenta mi esposo, el es de La Ceiba, que dice que algunos amigos de él inclusive de nivel universitario, cuando había amigos que venían a Tegucigalpa le decían, comprame la chica en Tegucigalpa porque allá es donde caen, es lo mismo, es lo mismo, si usted solo estudia población HSH y población trabajadora sexual es lógico que ahí..

KZ-Ahí es donde la va a ver más

EA-Claro, pero entonces, lo que, lo que a mí me, me, y esto, y esto yo no se lo pienso de ahorita es decir, desde que vengo bregando en esto vengo luchando por esa idea que se tiene de esas poblaciones digo yo, es que acaso no se ve que el resultado solo va a estar donde se busca, y porque eso es tan difícil de cambiar, decir, será quizás por lo que usted dice de que no se han buscado esos caminos.

KZ-No, y cuando uno profundiza en esa, en la información que generan los países, Honduras es una, es el primer país de América que va a realizar ese estudio, se definió Honduras porque supuestamente Honduras es un país que tiene mucha información.

EA-El punto es porque tardamos tanto en darnos cuenta que hay que investigar en otro tipo de población, esa es la pregunta que yo me hago y que me he venido haciendo desde hace más de 10 años.

KZ-Pero ahorita vamos a tener la evidencia de eso verdad, porque imagínese esto es una evidencia sin duda científica de análisis de información

EA-Claro, claro, pero es que...

KZ-Que tenemos que estudiar otras poblaciones

EA-Si, si, lo que, lo que a mí me, me, me, me llama poderosamente la atención es, porque esto no se veía desde hace tiempo es decir, o las personas que lo decíamos porque siempre se cae en, en saco roto pues como que...

KZ-No, tal vez, tal vez, de repente hay que ver también todo es, todo es luchas de poderes y luchas de, de, de vaya, de quien puede más

EA-¿Hegemonías?

KZ-Sí, sí. Yo diría que en el tema de VIH de alguna manera también, que eso también hay que analizarlo Emilia y a veces es hasta difícil decirlo para uno que trabaja en esto, en el tema de VIH hasta en la comunidad académica y científica ha prevalecido mucho las personas que tienen comportamientos de diversidad sexual, usted puede ver, ósea es algo que tal vez yo primera vez que lo menciono pero yo lo he visto, yo lo he visto en mí, en mi accionar de trabajo todos estos años, yo he visto donde están metidas las gentes que-

EA-Con poder

KZ-Con poder, y poder no solo de palabra sino que poder económico

EA-Y de puestos de toma de decisiones

KZ-Y de puestos, y de toma de decisiones, de repente no hay que olvidarse que todo viene así como una, como una cascada verdad, quien manda de arriba y

quien va diciendo por donde va a bailar, por donde se va a bailar en la fiesta y en qué lugar se va a bailar en la fiesta, y entonces yo creo que-

EA-La asignación de los fondos

KZ-La asignación de los fondos, si usted, ósea yo, por ejemplo yo la única oportunidad que tuve de ir a una Conferencia Mundial de VIH fue la que fue en México porque las otras han sido en otros países lejanos, Tailandia y todo,

EA-Si mucho más difíciles

KZ-Y yo soñaba con ir a una conferencia ahí y yo dije que bonito que, y realmente es una experiencia muy bonita, pues yo fui a la conferencia y yo me fijé por ejemplo cuando hacían esos panels la, la, la fuerza de los científicos y la fuerza de las personas que presentaban en esos grupos había un gran porcentaje de los hombres que tienen sexo con hombres por ejemplo que eran un científico o que eran un, un, un, un doctor que tiene un proyecto o que era uno que da los fondos un, un donante, entonces claro para de alguna manera Emilia yo pienso que eso es algo como que le estoy yo diciendo a usted así hasta de forma casi naive, ahí sí que hasta ahorita yo lo estoy platicando, pero si usted mira quienes están mandando en la investigación científica en las mismas organizaciones grandes como la OMS, y todas las organizaciones de poder hay mucha gente de la diversidad sexual tomando esos roles y claro que tienen un interés personal, ahí no es un interés popul-, popul-, de popula-, de población, hay intereses personales verdad, de demostrar que, que de visibilizarse-

EA-Claro que más que la población general hay que seguir invirtiendo en HSH y bueno trabajadoras sexuales porque ni modo

KZ-Porque se van en la colada

EA-Se van en la colada

KZ-Para no ser tan evidentes pero realmente yo me sorprendo como miro gente, y gente que es totalmente declarada ya como población gay y gente que todavía está con, que no ha salido del closet pero que lucha y aboga y tiene fuerza en ese tema porque son poblaciones de diversidad sexual, y todo usted lo ve como va cambiando, mire como está ahora el tema de la diversidad sexual hasta en las mismas telenovelas, yo me miro ahora en toda telenovela que hay, hay una pareja gay y cuando se iba a ver eso cuando las telenovelas que miraban nuestras abuelitas por ejemplo, ha cambiado, no solo-

EA-Han ganado terreno

KZ-Si han ganado mucho terreno, pero no en el término de ser estigmatizante, en el término de que de alguna manera tenían que hacerse sentir y se han hecho sentir, se han hecho sentir. Entonces yo pienso que todas esas cosas uno no, no las ve en el momento porque no las estudia no, no las analiza pero de repente por ahí nos vienen esas tendencias de estar estudiando esas poblaciones en mayor riesgo que sólo por ahí tiramos, habría que ver-

EA-Exacto, sí, sí, porque siempre que yo recuerdo he cuestionado en más de alguna oportunidad en eventos y en todo, siempre se saca el estribillo de la cuestión económica lo cual es ilógico toda vez que usted va encontrar en donde busca, usted no va a encontrar donde no busca no, pero eso pareciera que no, no, no cala pues.

KZ-Si que no es, que no es una respuesta tan solida verdad, porque

EA-Es que solida es, en el sentido de que...

KZ-Si porque hay, porque hay, hay evidencia

EA-Claro hay evidencia porque se busca la evidencia, pero no hay si no se busca pues

KZ-Si pero que tanto de esa evidencia buscándola en otra población podría también existir

EA-Claro, claro, sí, sí, afortunadamente que se cuenta con esos registros de, de, de mujeres embarazadas.

KZ-Y también en la, en la, en el trabajo de la sociedad civil han tenido un, un empuje grande la diversidad sexual, entonces imagínese cómo va el asunto, va en todo,

EA-En todo nivel

KZ-De la cúpula y de la base

EA-Y de la base

KZ-Y está la base también teniendo una gran población de la diversidad sexual y en la cúpula de científicos y todo también, de alguna manera eso genera, de alguna manera sí, ósea si usted lo analiza en términos así como bien, poco ortodoxos

EA-Si o, sí, de diferentes, de diferente manera verdad

KZ-Si porque están en el nivel alto y usted ve la sociedad civil más beligerante, la sociedad civil que, que grita, que marcha, que dice y son, son...

EA-Va hacia esa, perdón, hacia esa línea

KZ-Sí, exacto entonces de alguna manera influencia

EA-Y quienes más deberían a su criterio de decir vamos, porque, cuando, cuando se escucha eso de ese avance, de ese digamos, esa expansión que se está teniendo de parte de estos grupos uno piensa en que es su derecho, es su derecho de ser respetado, pero, pero le cabe a uno también preguntarse, le surge a uno, se estará respetando el derecho de las personas en general a tener una atención adecuada en el tema de VIH, cuando digo atención es en todo sentido pues no solamente atención medica o antirretroviral sino que hay del resto de la población se le estará garantizando el derecho que tienen para ser atendidos.

KZ-Por eso es que usted mira ese grande, ese gran gap en la parte de, precisamente por esa, por ese enfoque que ha tenido el VIH en poblaciones de mayor riesgo, en poblaciones vulnerables, es que se mira el gran, porque por eso es que tenemos esa gran debilidad por ejemplo en políticas públicas y en, y en, en prevención por ejemplo, porque obviamente si estamos, ósea en donde nos va interesar más tener los recursos y donde más nos va interesar tener las acciones, el accionar de investigación, en esa población que esta abogando y luchando que es la diversidad sexual o las, y las trabajadoras sexuales como decimos por añadidura, pero, pero que pasa realmente estamos, si usted analiza estamos respondiendo realmente a las necesidades de la población en general, cómo respondemos a las necesidades, yo siempre abogo por los jóvenes porque yo pienso que es una población que, que necesita mayor, mayor -

EA-Atención

KZ-Ósea en serio, una atención seria no, no pasquines, ósea ya una atención seria ya que personas se sientan y dicen este sistema tiene que cambiar en esto y esto, ya la educación tiene que moldearse de otra manera, ya viendo-

EA-Lo que se les da a ellos

KZ-Lo que se les da, lo que se les da y lo que uno espera de ellos también, porque usted, lo mismo que usted dice, usted encuentra donde busca, igual usted espera del estudiante o del muchacho que está en la escuela lo que usted le da como docente, y no le da la mente para esperar otra cosa y cuando el muchacho le cuestiona algo o le dice no estoy de acuerdo con eso profesora usted mejor le baja los puntos que darle, cuando le está dando un planteamiento, entonces pero yo, yo diría que en ese momento, de repente nos tenemos que analizar que a veces esa población está en desventaja porque si se ve el trabajo que estamos haciendo en grupos de, de mayor riesgo de vulnerabilidad, mayor vulnerabilidad, se ve, es evidente, ósea se ve en los fondos, se ve, y ellos siguen luchando y dicen, pero si donde más se transmite el VIH es en la población de diversidad sexual y es donde, donde se invierte menos porque siempre tienen esa negociación ellos también cuando presentan o cuando presentan en, siempre dicen, pero de tanta población si aquí es donde está la epidemia, pero esta la epidemia ahí es porque ahí es donde la hemos investigado.

EA-Claro, bueno si es lo que yo le decía

KZ-El beneficio de la duda de la otra población siempre la hemos dejado

EA-Exactamente, porque no hay fondos, pero no hay fondos porque no hay evidencia, y no hay evidencia porque no se estudia, y no se estudia porque no... estamos hablando del circulo vicioso pues

KZ-Exacto y yo creo que eso va a cambiar Emilia, y va a ser, y yo creo que un cambio un poco traumático porque como las poblaciones estas son beligerantes y son poblaciones, obviamente el VIH fue una oportunidad de oro para poder posicionarse ellos como seres humanos, no como personas infectadas por el VIH, el VIH fue una puerta de oro para la población de la diversidad sexual y esa la han aprovechado yo diría de la mejor manera, yo creo que de la mejor manera porque nunca ha habido otra forma de que la población de la diversidad sexual tenga un, un, que la gente le, que le, que se ganen el respeto de los demás más que con el VIH y eso también hay que verlo.

EA-Sí, es parte de, es parte de ese juego de poder.

KZ-Sí, así es. Y el poder tal vez no, no hablamos ahí del poder económico sino que el poder de posicionarse, de expresarse.

EA-Claro pero va aparejado pues.

KZ-Verdad, porque, porque esa sociedad civil que habla que antes estaba escondida que le daba miedo porque la gente los pisoteaba, los maltrataba, se burlaba de ellos y todo y que ahora han agarrado que van a una, que van a una, a un evento y pueden tomar un micrófono y hablar, eso, eso es una cosa interesante también, yo no sé qué tipos de relaciones de poder habrán ahí más que las de la, del que ha sido subyugado por los que se han creído mejores que esas personas y que ahora ellos tienen una, un motivo por el cual demostrar que tienen la

EA-El sartén por el mango

KZ-La sartén por el mango verdad, y que tienen esa epidemia que les favorece para sus, no, yo no lo veo tan descabellado el hecho de que la epidemia haya sido una oportunidad de oro para las personas de la diversidad sexual.

EA-Claro, claro, cabe, cabe analizarlo de esa manera.

KZ-Verdad, verlo como, como un hecho que está y que sigue sucediendo y la otra parte que la población de la sociedad civil y de las cúpulas también son muchas de diversidad sexual y que tienen un interés personal en el, en el asunto.

EA-Claro, claro, bien interesante

KZ-Es que cuando uno se pone a profundizar en estos temas...

EA-Así es, no y es que eso es lo interesante de digamos la trayectoria ir viendo, ir sopesando, ir analizando bueno, cómo, cómo, cómo se ha visto esa evolución .

KZ-Sí

EA-Bueno, no sé si para finalizar a usted le llamaría la atención algún comentario, algo que se nos haya quedado quizás pendiente

KZ-Sí, yo tal vez, yo, yo siempre, yo siempre quiero abogar precisamente por, en esta investigación que usted está realizando pues va a ser muy interesante ver los resultados, pero de repente va a ser necesario como dice usted que va a ser en el ámbito académico yo creo que si valdría la pena sacar un doc-, sacar una versión de esta investigación que fuera amigable para las personas que son tomadoras de decisión, porque es bueno que ellos sepan lo que se piensa de ellos, de alguna manera muy, claro verdad, no ser violentadora de que uno vaya a ir a decirles no sirven para nada, porque no, no es el hecho, pero es interesante que también usted pueda tal vez generar una versión amigable que pudiera dar a conocer aspectos que, que les importen a los tomadores de decisión, porque yo estoy segura que usted va a sacar mucha, mucha cosa para estas personas que son las que deciden en los países, aquí en el país porque es para nuestro país.

EA-Es para nuestro país

KZ-Y valdría la pena que usted lo analizara a futuro si puede sacar, no el documento pero si algún, algún, algún

EA-Alguna versión más breve, más, más...

KZ-Alguna versión pequeña, que no sé cómo le podría llamar pero que dijera las luchas de poderes en el VIH o quién manda a quién en el VIH o no sé cómo es la cosa pero, pero pensando en...

EA-Es interesante darle pensamiento, sí

KZ-Porque, porque si me parece que va ser muy valioso sus, sus resultados aquí, lo que usted va a obtener verdad.

EA-Eso esperemos, primero terminarlo, ser capaz de, de, de hacerlo con la debida, bueno con la debida rigurosidad que se espera y, y bueno que esté a la altura de lo que las personas puedan esperar o necesitar.

KZ-Claro. No yo no tengo la menor duda que usted lo va a lograr, no tengo la menor duda, cuídese.

EA-Muchísimas gracias.

ANEXO Q. ENTREVISTA # 6 BENITA RAMIREZ. MAYO DE 2011

EA-Bueno, entonces hoy estamos día 27 de Mayo aquí en el Foro nacional de Sida con la compañera Benita Ramírez, y pues vamos a tener oportunidad de, de platicar ampliamente diría yo, hay algunos puntos que a mí me interesan pero siéntase usted en libertad de comentarme según vayan surgiendo en su, en su memoria. La idea Benita es que usted y yo podamos dialogar sobre la experiencia que usted ha tenido en el trabajo con VIH, desde la perspectiva de una persona viviendo con VIH, porque puede haber varias perspectivas que... voy a apagarlo mejor. Puede haber varias perspectivas desde la gente que financia, o desde la gente que está planificando, pero me parece a mí que eso es incompleto sin tener la visión y la versión de pues las personas que son las directamente afectadas y pues de eso se trataría, de que me platique usted un poco su experiencia no solamente de ahora esta ultima sino a lo largo del tiempo.

BR-A lo largo del tiempo

EA-¿Cómo cuánto tiempo tiene usted?

BR-Bueno, tengo aproximadamente de estar más empoderada en la temática como unos 5 años, tengo 5 años de estar empoderada de estar trabajando y de formar parte de, de muchos, muchas actividades y ser beneficiaria de algunos proyectos, y estar en los espacios que ahora me han fortalecido y me han hecho crecer en lo personal como profesional. Y para mi, trabajar no, no era como le podría decir, trabajar en la temática no estaba en mi, en mi meta ni en mis planes, pero a raíz de que soy una persona viviendo con VIH entonces me hizo reflexionar y, y también para poder informarme acerca de muchos temas que no estaban en mi agenda ni en mí, como le dije anteriormente valga la redundancia en mis metas como persona y, y eso me hizo estar más ligada, servir y apoyar a los demás compañeros que en bien nos necesitamos los unos con los otros. Bueno cuando yo empecé aquí en el Foro nacional primeramente estuve con un proyecto con la, por parte de la Red de Mujeres Hondureñas Positivas, en el Colectivo de Mujeres Universitarias que ese proyecto fue financiado por ONUSIDA, siempre ONUSIDA, como soy voluntaria de ONUSIDA entonces estuve primero ahí con Colectivo de Mujeres Universitarias llevando el proyecto de sobre la personería jurídica de la Red de Mujeres y fue, fue mi primer experiencia para poder ingresar y estar trabajando en la temática. A raíz empecé a relacionarme con personas que nunca llegue a pensar de que me iba a poder relacionar con ellos porque eran de, en un nivel que, entonces empecé a frecuentar a Foro Nacional de SIDA que me invitó Trudis, que Dios la tenga en gloria, ella me invitó a venir aquí al Foro-

EA-Hará cómo, 5 años

BR-Como unos 5-6 años

EA-Ajá como el 2005

BR-2005, empezamos, entonces empecé y yo le decía no yo no voy a poder seguir, trabajar en eso porque no sé, no tengo noción absolutamente ninguna noción acerca de eso y ella me fue enseñando, Blanca Dole me fueron enseñando como tengo que trabajar, incluso Michella que es del de ONUSIDA empezaron a decirme que si puedo participar en espacio público, que si ya puedo, que si ya estoy preparada para poder participar en espacio público, y entonces yo le dije que sí, que yo ya, ya, ya estaba preparada...

EA-¿Cuánto tiempo había transcurrido de eso?

BR-Habían transcurrido unos, en el 2003, 2004, 2005, ya habían transcurrido más o menos como unos 3 años.

EA-Ajá, como en el 2008 estaríamos hablando

BR-Sí, como en el 2008 estaríamos hablando, entonces empezamos a frecuentar espacio público, en espacios donde, medios de comunicaciones, primer empecé hablando sobre lo que es la Red de Mujeres entonces fui ganando espacios, fui ganando espacios siempre como una voluntaria, voluntariado de, de ONUSIDA, con alianzas que con el Foro Nacional de SIDA. Entonces y ahora que, y más que otras que siempre cuando no, no tengo algo bien claro busco a Xiomara o Alberto Estela para que me puedan asesorar para poder. Incluso de ahí mismo del Colectivo de Mujeres Universitarias me empecé a empoderarme en lo que es, sobre el MCP, ahí cuando me fui también ingresando al MCP, como parte de, de sociedad civil pero el de población mujeres. Entonces fue otra experiencia que, que uno muchas veces llega a esos espacios, hay, la gente que están en esos espacios hablan de otra, digamos que en otro idioma que uno si no está empoderado uno en esos espacios entonces uno siempre queda...

EA-Afuera

BR-Afuera. Pero fui aprendiendo poco a poco y, y hasta, hasta estos, bueno, que, que ahora en cualquier espacio yo puedo, puedo defenderme como, como ser humano y como una persona viviendo con VIH. No es muy fácil, no es fácil llegar muchas veces a esos espacios si uno, si uno como persona viviendo con VIH no tiene apoyo, y pero yo siempre le agradezco a Foro Nacional de SIDA y a ONUSIDA que fueron las personas que creyeron en mí para poder yo salir adelante, y todavía seguir trabajando y apoyando a mis, a mis compañeros que, y empoderándolos para que sepan cuáles son sus derechos y sus deberes.

EA-Como no. Benita y en este, en esta trayectoria que usted ha tenido así tan interesante, tan intensa, cuando en qué momento usted se da cuenta que es una persona viviendo con VIH

BR-Pues, ese es, bueno, en ese entonces fue cuando me di cuenta que yo era una persona viviendo con VIH estaba sacando mi último, estaba haciendo mi practica aquí en la DEI de perito mercantil

EA-Estamos hablando del año...

BR-En el año 2003

EA-2003

BR-2003, estaba sacando mi último año y estaba trabajando en, en el Hospital, en la cas-, en el Hospital San Jorge

EA-Como no, como no

BR-Y estaba en esos 2 espacios para terminar mi, mi practica fue cuando me enfermé, fue algo que, que hice todo, bueno no sabía, como yo, fue cuando mi hermana me llevo a una clínica y fue ahí, ni ahí, no fue que me detectaron que tenia VIH sino que fue en el Tórax cuando mi hermana, incluso el médico que estaba atendiéndome no le quería dar una referencia para llevarme al Tórax entonces mi hermana lo amenazó y le dijo que si yo me moría ella iba a proceder, fue cuando él le dio la referencia y me llevaron para el Tórax. Fue exactamente, fue un 24, 22 de Octubre del 2003 fue cuando me di cuenta de que yo era una persona viviendo con

VIH y eso fue para mí, bueno, hasta yo misma cuando me pongo a analizar de tanto de hablar de estigma y discriminación nosotras mismas nos auto-discriminamos

EA-¿Cómo es eso Benita?

BR-Porque yo decía que porque a mí, porque yo, si, si nosotros, si yo no era, no era una persona que yo pudiera decir, porque en lo poco que uno conocía acerca del tema era que las personas que tenían VIH, no decían en aquellos tiempos VIH que tenían SIDA era porque eran prostitutas, era porque eran gay. Entonces yo empecé a decir pero yo no soy ninguna prostituta, yo no, yo, yo no, yo no he sido una persona que ha andado en la calle, entonces fue difícil para mi auto-aceptar todo lo que estaba pasando a mi alrededor, entonces fue en este año cuando el VIH tocó a mi puerta sin pedir permiso y, pero con el apoyo de mi familia fui saliendo adelante porque, incluso como le digo Trudi, que fue la primera persona que llegó a visitarme a mi casa, si porque era en aquellos, entonces era visitaba hacia visita domiciliaria con Cruz Roja y alianza con ASONAPSIDA. Llegó Trudi y Lidia Gálvez fueron las primeras 2 personas que llegaron a visitarme, y fue difícil porque yo, yo no quería ver a nadie, yo no me sentía capaz, yo pensando de que solamente era yo, era yo, porque a mí, porque, la negación de poder aceptar algo que es extraño a uno. Pero a raíz de todo eso fui aprendiendo, fui aprendiendo poco a poco los pasos que anteriormente le había explicado pero como le digo es difícil estar en esa temática y estar como no dar la cara, no dar la cara y estar esperando que otra persona den la cara por uno, que no están en el mismo zapato de uno.

EA-Si yo le preguntara a usted a estas alturas Benita, estamos hablando de casi 10 años, 8 años de esta experiencia que usted me pudiera hablar quizás de los momentos más difíciles aquellos que usted diría que es lo más duro que ha tenido que enfrentar, tanto como persona como ya, como digamos líder en espacios públicos, que diría usted que ha sido lo más difícil

BR-Lo más difícil es, es el miedo, el miedo a, al, a que las personas los mismos vecinos o la misma personas de su, de una comunidad lo señalen a uno, eso, eso es el miedo. Eso es lo más que lo mata a uno, no, no, no de decir y ahora que ya soy una persona empoderada, una persona líder, y ahora yo ya digo no, si no era tan, todo es un proceso. Pero por eso yo les digo a mis compañeras, yo les digo a mis compañeros, es difícil pero cuando uno es como, después de, de ser tan difícil, saborear un triunfo, porque yo digo que le he ganado al VIH.

EA-Ajá, ajá. De qué forma usted siente ese triunfo.

BR-Siento ese triunfo que, que en mí misma, creer en mí misma, creer que yo puedo y que las personas que están a mi alrededor que tuvieron fe en mí que yo puedo, primero creer, creer, creer en mí misma después creer el apoyo que las personas me han brindado. Entonces yo, yo he triunfado, yo he terminado mis estudios, estoy ahorita sacando mi, en la universidad estoy por una beca que gane con REDCA estoy estudiando ahí en la Metropolitana Gerencia y Desarrollo Social y todo eso ha sido para mí un reto más de culminar mis estudios universitarios y entonces por eso digo yo que estoy en de, bueno estoy saboreando una vez más el triunfo,

EA-Ajá, se siente realizada

BR-Me, me siento realizada, me siento más motivada, más motivada porque, y otra cosa también que cuando me siento así como un poco cabizbaja que es normal en nosotras las personas que vivimos con VIH, pienso en 4 pequeños metas que tengo, entonces también han sido parte de mi triunfo.

EA- 4 pequeñas metas

BR-4, si, han sido parte de mi triunfo y mis hijos que gracias a Dios también me han apoyado, no económicamente peor emocional, espiritual. Entonces yo digo que, que voy más adelante.

EA-Y usted comparte esas 4 metas

BR-Si, comparto esas 4 metas y donde yo quiera que yo llegue yo digo que es lo que cada vez cuando yo me acuerdo cuando mi pequeña, mi, la nieta mayor mía estaba pequeña fue cuando yo en ese, estaba en etapa de SIDA, y mi hijo que me cargaba del cuarto a la sala y mi nietecita corría a traerme algo adonde, adonde echar el, mi escupida todo eso, entonces por eso yo digo que son los que más me han hecho seguir adelante levantarme.

EA-Ya, ya. Ósea que las metas son sus hijos

BR-Son mis hijos, mi meta son mis hijos, decirle para que el día de mañana no digan, bueno dejarle un legado, decirle a ellos bueno, si ustedes puede continuar con ese legado.

EA-Como no, como no. Sus hijos están involucrados en el trabajo de VIH también.

BR-Si, la menor que estaba más, porque la mayor la que tiene los bebe, casi no, no, no...

EA-Tiene tiempo

BR-No tiene tiempo, pero la, la menor que siempre la he, ha estado conmigo también la he involucrado que ha estado dando hasta incluso en Calidad de Vida, fue también ahí cuando yo empecé a reconocermé como persona que yo valgo, que yo valgo en Calidad de Vida hay un taller de autoestima que, que me dieron fue ahí cuando me dijeron también que yo tenía que seguir adelante, que tenía que estudiar y entonces yo la he estado involucrando en toda esa temática. Yo les llevo folletos, cualquier, yo les hablo abiertamente acerca de, de la, de la epidemia de VIH para que el día de mañana no, no vayan a decir no, mi mamá que estaba trabajando en esta temática nunca nos hablo de lo que es como, como utilizar un condón, como, como se transmite o como se puede prevenir el VIH.

EA-Y esta experiencia suya Benita, que ha tenido tan, digamos tan interesante, que ha tenido momentos muy duros otros muy gratos que usted los siente como triunfo, cómo diría usted que esa situación suya tanto de altibajos que ha tenido, también se ha dado en otras personas. Usted ha podido ver personas viviendo con VIH que hayan tenido trayectoria.

BR-Si, hay montones de compañeras y compañeros que tienen trayectoria, quizás ellos eran, son personas más líderes anteriormente que yo, y muchas, muchas veces esos altibajos que nos causa a las personas que vivimos con VIH muchas veces es la impotencia de no contar con un trabajo, que no contamos con un trabajo, que no contamos digamos con una vivienda, muchas veces hasta a nuestros propios hijos los discriminan en, en una, en una escuela por saber que su padre o su madre son portadoras del VIH. Y entonces eso cabizbajo muchas veces nos viene en pensar en todo eso, que si llegamos a una institución en busca de trabajo lo primero que nos piden es el examen de VIH y entonces nosotros sabiendo que somos personas viviendo con VIH decidimos mejor...

EA-No presentarse

BR-No presentarnos. Y entonces eso viene siendo porque muchas son madres solteras, y entonces uno dice esa enfermedad me vino más a desgraciar la vida, y entonces pero si nosotros, si nosotros como personas viviendo con VIH seguimos victimizándonos, porque nos victimizamos, nos auto-discriminamos a nosotros mismos, por decir no puedo, no soy capaz, hay que salir adelante. Yo les comento a mis compañeras que cuando empecé aquí en el Foro Nacional de SIDA, Xiomara me daba un estipendio, yo estaba de voluntariado, Xiomara me daba un estipendio de su bolsa, 500 lempiras, no era, decía yo, no era, no es por el dinero sino que por saber o por tener un conocimiento para poder. Eso es otra cosa que uno tiene que ver, no lo monetario si no que el conocimiento que uno va adquiriendo a raíz de todos los recorridos que hace uno en cada espacio adquiere un conocimiento, y ese conocimiento nadie, nadie se lo va a quitar a uno porque ese es conocimiento y compartir lo aprendido con los demás, hacer un, un como una retroalimentación con los compañero aunque no sepan leer ni escribir sino que tratar de cómo mejorar o hacer el cambio en las personas, en nosotras las personas que vivimos con VIH.

EA-Este, este digamos este tiempo que usted ha estado trabajando y convirtiéndose, aceptándose, creciendo convirtiéndose en líder, y, y compartiendo con los demás es un crecimiento personal muy grande. Cómo ese crecimiento personal suyo a lo largo de este tiempo ha contribuido para otro tipo de conquistas, me estoy refiriendo ya a quizás en esos espacios, decía usted al inicio bueno como que hablan un lenguaje extraño, pero empoderarse del lenguaje pero que le ha permitido, que, que más ha podido usted digamos conquistar en esos otros espacios.

BR-Bueno he conquistado que, que las personas que están ahí puedan hablar el mismo idioma que uno, o transmitirle la fla-, como le podría decir, una frase correcta donde todos estemos encaminados a un mismo fin y que nosotros podamos, nosotros mismos podamos entender cada, cada frase de que ellos puedan, puedan decir y esas, esas, esas palabras de que nosotros entendamos que yo pueda entender transmitirlo a la base.

EA-Cómo por ejemplo que, que, que ha podido usted entender y que ha podido usted transmitir.

BR-Bueno yo he transmitido los conocimientos que yo he adquirido a la base sobre primeramente que tenemos un derecho y a la par del derecho tenemos un deber que él, que el uno ni el otro no pueden caminar si no están al par, entonces transmitirle eso. Otro, de que nosotras las personas que vivimos con VIH aprendamos a documentar para poder tener, hacer una denuncia y aprender también a darle seguimiento a la denuncia, porque muchas, no a mí en lo personal, porque muchas compañeras han sido discriminadas o han sido discriminados, pero si ellos no tienen la educación de la denuncia y de darle seguimiento no dejarlo que todo sea el gobierno o sea el donante, o sean las personas que nos hacen acompañamiento lleven la batuta. Todo eso lo he aprendido en esos espacios.

EA-Si, si. El entendimiento de lo que son los derechos... y los deberes.

BR-El entendimiento de lo que son los derechos y los deberes.

EA-Y ese entendimiento, vamos de repente, uno parte de una situación como país en la cual no las personas viviendo con VIH nada más sino que todos los ciudadanos Hondureños de repente no estamos muy claros de nuestros derechos y de nuestros deberes, entonces esa labor que usted ha tenido que desarrollar, cómo ha sido de difícil o cómo se le ha planteado a usted.

BR-Mire ha sido difícil, ha sido difícil porque muchas veces llegamos a los espacios para que nos puedan como ciudadano o como ciudadana tenemos derecho, entonces muchas veces en las altas cúpulas como se dice, si, si nosotros no, no llevamos planteado algo y tener una estrategia para poder estar con los lineamientos de algo que ellos tienen entonces no estamos haciendo nada entonces nosotros tenemos que tener bien claro en que espacio podemos debatir y podemos incidir para poder que como en esos espacios nos tomen en cuenta como, como ser humano no como personas viviendo con VIH sino que como ciudadano con todos los derechos.

EA-Como no. Pero esa digamos, ese aprendizaje, esa experiencia que enseñanzas le ha dejado a usted sobre cuáles son esos espacios, cómo ha sido esa identificación de esos espacios.

BR-Bueno, esos espacios se, los he se, los he identificado que son digamos un espacio como para poder entrar a ver a alguien del congreso, saber cómo llegar, como plantear, no solo es de ir, como les digo yo, no solo es de ir y tirarles lo que uno tiene que decir sino que uno tiene que planificar, tiene que ver todos esos espacios. Como para llegar donde la Primera Dama, hay muchos protocolos, entonces uno tiene que buscar aliados, para poder llegar a esos espacios uno tiene que tener aliados, como dicen va, de cuello blanco, o que este cercano a esas personas tomadoras de decisiones.

EA-Que me podría usted relatar quizá de algunas experiencias importantes o memorables en esos acercamientos que ha tenido con estas personas.

BR-Bueno, antes del Golpe de Estado teníamos como Red de Mujeres Hondureñas Positivas, teníamos muchos aliados, teníamos para poder estar en esos espacios, digamos con, con el Ministerio de Trabajo, Ministerio de... bueno con la Primera Dama, teníamos alianza fuerte y ya con, con digamos que con proyectos para el mejoramiento de tantas, de tantas personas viviendo con VIH porque es ahí más espacio donde me estado moviendo. Entonces eso, esos aliados tienen qué, que ver como nosotras las personas que vivimos con VIH también necesitamos un espacio para que las voces de aquellos que no puedan dar la cara se pueda escuchar la voz, no solamente de ir a parar enfrente y, y decir somos personas viviendo con VIH, no necesariamente.

EA-Ajá claro

BR-Y entonces sí, si uno puede incidir en esos espacios para que otros porque cada quien tiene, tiene como, cada persona tiene un don, no es un don sino que es algo que, que es creativo para eso, es bueno para eso, es bueno para...

EA-Si, algunos potenciales.

BR-Algunos potenciales exactamente, entonces tienen algunos potenciales, hay muchas compañeras que son buenas para, para dinámicas, hay otras que son buenas, muy buenas para elaborar tarjetas, bueno, todos tenemos algo entonces hay que ir insertando esos, si soy buena para dialogar entonces ese es el espacio que tengo que tener, si otra es buena para convocar, también, ese es el espacio que tenemos que darle. No, no digamos que muchos, muchas lideres o muchas lideres solamente somos protagonistas, entonces no tenemos que ser protagonistas, tenemos que dar espacio. Hay jóvenes adolescentes que son, son buenos pero hay que enseñarles cómo tener un liderazgo, cómo empoderarse en esos espacios, hablar de nuestros adolescentes entonces tenemos que buscar esos líderes jóvenes para que lleguen a esos espacios de jóvenes, entonces empoderar a esos jóvenes fortalecer el

conocimiento que han adquirido en otros espacios, para que hablen el mismo dialecto con...

EA-Con los jóvenes

BR-Con los jóvenes, porque yo no puedo ir en conjunto a ir a dar una capacitación para público en general, van a haber jóvenes, van a haber personas de, de todo entonces hay que estar, hay que separar esto de esa, de esa cabida a cada uno de esas personas, entonces yo digo, de que, de que los jóvenes porque es, aquí digamos en, en nuestro país muchas veces la voz de los jóvenes tampoco no sé, no se escucha entonces nosotros tenemos , tenemos que buscar esos espacios para nuestros jóvenes.

EA-Si. Y esto, todo esto que usted me comenta, me da la pauta que usted en estas labores de liderazgo bueno ha hecho esos acercamientos ha podido digamos convocar, acercarse, detectar aliados, trabajar con ellos en otras palabras estoy hablando de organización. Me gustaría que por favor usted me dé su, su impresión cómo usted percibe que ha venido desarrollándose digamos el nivel organizativo de las personas viviendo con VIH.

BR-Bueno, ahí tenemos una, una asociación de las personas que vivimos con VIH que es la que aglutina a nivel nacional a todas las personas que viven con VIH y a los grupos de auto apoyo...

EA-Como no

BR-Y esa organización muchas veces queremos hacer mucho por las personas que vivimos con VIH, pero como hay debilidades entonces muchas veces nosotros nos queda-, nos quedamos varados.

EA-Hay debilidades

BR-Hay debilidades en el misma organización, hay debilidades en el misma organización y entonces la misma persona, nosotras mismas las personas que vivimos con VIH que solo porque somos personas viviendo con VIH y esa es nuestra organización, en vez de cuidar nuestra organización, porque somos personas viviendo con VIH, y esa ya es organización para las personas que vivimos con VIH. Pero si nosotros, es como, es como levantar a un niño, a un niño que es de, de, de nuestro, entonces así tenemos que cuidar a nuestra organización.

EA-Y esas llama usted debilidades, ¿de qué naturaleza son?

BR-Pues son de muchas naturalezas de que digamos, de que como le decía anteriormente la misma persona que trabaja, trabaja adentro de la organización sabiendo de que hay, hay, hay digamos hay un término de referencia porque todo, toda organización tiene que tener lineamiento y todo eso, entonces viene, viene el lineamiento es unos indicadores que la organización tiene que, tanto tiempo de trabajar en la temática, esa es algunas cosas que son como debilidades que tiene la organización

EA-La escogencia dice usted

BR-La esco- , claro, eso, entonces son, son como que si uno quiere jalar para otro lado, que el otro quiere para acá y entonces no, no, no sé cómo le podría decir...

EA-No se ponen de acuerdo

BR-Claro, no se ponen de acuerdo

EA-Pero, yo a ver, yo dije la palabra escogencia y usted mencionaba el término, términos de referencia como si se tratara de empleados. Estamos hablando de empleados

BR-Sí, estamos hablando de empleados porque son los empleados que como persona viviendo con VIH se le ha dado la oportunidad de, de tener un trabajo, para que pueda, que la, que la organización porque es parte de la debilidad de la organización, y que uno podía encontrar algo de que la mismas personas que viven con VIH sean los que puedan decir pues, aquí hay un puesto de para asistente administrativo. Nosotros necesitamos los aliados, nosotros necesitamos que alguien nos acompañe, pero, pero esa es debilidad de nuestra organización que no hay, que no es porque no hay sino que muchas veces mandan los términos de referencia demasiado altos que, que una p persona viviendo con VIH que es poco estudiada no pueda acceder a ese, a ese vacante o a ese espacio que está ahí. Entonces yo digo, que nosotros para que dejemos de, de ser, para que dejemos de victimizarnos, tenemos que seguir caminando.

EA-Preparándose

BR-Preparándonos, preparándonos y así para que nuestra organización de personas que vivimos con VIH pueda decir, se pueda decir que, que venga un donante pues yo voy a apostar por ASONAPSIDA, porque yo miro de que todos están trabajando para un mismo fin, no solo porque me están dando un pago, que si el día que se termine de darme el pago no voy a seguir contribuyendo de dar mi voluntariado.

EA-Pero a ver, estamos hablando como para entender un poquito mejor, estamos hablando quizá de 2 cosas, unos son empleados y otros son voluntarios o es que se le llama voluntario al que es empleado de esa organización, cómo es la cosa.

BR-No, es que hay voluntariados que no...

EA-No reciben nada

No reciben nada, son los mismos miembros de los grupos de auto-apoyo, entonces esta el otro de, de, de la facilitado-, de la visitadora domiciliaria, están las educadoras, esos son los que digamos que reciben un sueldo...

EA-Ya, ya, sí. De parte de los proyectos

BR-Aparte de los, en los proyectos. Entonces el voluntariado es, apoyar a la organización, no solo porque yo no reciba un sueldo, yo no puedo apoyar y yo digo, y tener lo mas importante en eso Doctora es tener sentido de pertenencia,

EA-Ajá, ajá

BR-Tener sentido

EA-Tal vez no en los dos

BR-Tener sentido de pertenencia, esta es mi organización, yo definiendo mi organización, yo soy ASONAPSIDA...

EA-Si, si, si o soy Foro

BR-O soy Foro porque por eso me dicen, vos, vos ya nos sos ni ASONAPSIDA, vos sos Foro, por qué, porque los espacios que se me han abierto, me lo ha abierto Foro. Cuando vienen y me dicen, Benita, de aquí del Foro, vos vas a representar al Foro, yo, yo les digo muchas veces, yo no puedo ir a representar a ASONAPSIDA dicen que yo me estoy representando a mí porque nadie me ha

delegado, entonces pero si es nuestra organización, entonces porque no tengo que ir a representar a mi organización.

EA-Ósea que esperan que se dé por delegación, no por pertenencia.

BR-No por pertenencia. Entonces allí nosotras, nosotros como personas viviendo con VIH entonces no tenemos sentido de pertenencia de nuestra organización.

EA-Porque qué, es bien, es bien interesante este punto porque hay una situación como doble en el sentido de ser empleado o asalariado de determinada organización porque ASONAPSIDA aglutina a otras organizaciones que a su vez tienen empleados, y la misma ASONAPSIDA tiene empleados ¿Es correcto?

BR-No, ASONAPSIDA solamente tiene los empleados que le da el proyecto de Fondo Global, entonces esos empleados son pagados de...

EA-Pero todos son personas viviendo con VIH

BR-No todos son personas viviendo con VIH, las visitadoras domiciliarias, todas esas sí, son personas viviendo con VIH pero ya el, de eso mismo estaba hablando, pues del, del, que el Director Ejecutivo, que el Administrador, que el Asistente Administrativo, que la Coordinadora de, de Proyectos, no son personas viviendo con VIH.

EA-¿Y por qué no son?

BR-Por lo mismo tanto, porque tiran unos términos de referencias que las personas viviendo con VIH...

EA-Ósea no hay personas con VIH con esa formación.

BR-Con esa formación, entonces al ver el término de referencia, wow, yo que voy a ir a hacer ahí. Entonces por eso yo le digo a mis compañeros, estudien para que así...

EA-Ajá, ajá, puedan aspirar.

BR-Para que así puedan aspirar, no decir, no porque eso, y qué ganamos con estamos quejando, con quejarnos no hacemos nada son que hay que accionar.

EA-Si, me queda claro ahora lo que usted dice, es decir, cómo hay empleados pero el punto de la pertenencia cómo tal tendría que ir más allá de ser empleado o no de una organización

BR-De ser empleado o no de una organización

EA-Porque decir cuando yo le hago esta pregunta sobre la organización y usted contesta muy adecuadamente hablando de ese sentido de pertenencia, a eso es que yo me estoy refiriendo. Y aquí la pregunta entonces bueno, este papel de los líderes, porque usted me hablado muy bien de ese trayecto o trayectoria que usted ha venido teniendo en un empoderamiento propio y que le da para digamos animar a otras personas a que hagan algo similar y no se den por vencidos y sigan adelante, pero digamos que eso es un nivel con todo y todo, es un nivel particular personal de la persona como tal. Pero ese otro nivel organizativo digamos como, como grupo especial de la población como personas viviendo con VIH, cómo usted siente que ha sido la evolución de ese sentido organizacional gremial pero general, no de la asociación como tal sino en sí de las personas.

BR-Hay fragmentado, está fragmentado, hay un, hay, hay cierto grupito que está por su lado, el otro grupo está... entonces está fragmentado, digamos el grupo organizativo está fragmentado, es igual como el de sociedad civil, que sociedad civil ante el Mecanismo Coordinador de País está fragmentado, entonces así siento yo que está organizativamente.

EA-¿Y a qué atribuye usted esa fragmentación Benita?

BR-Muchos factores, como le dije anteriormente una falta de educación o falta de empoderamiento

EA-Que son 2 cosas distintas

BR-Que son 2 cosas distintas. Que los lideres natos como se dice no, no son, como le podría decir, no quieren dejar el legado para que otros, entonces se siente, no porque ese es, todo el tiempo toma el protagonismo, entonces solo es el yoyismo, solo soy yo, solo soy yo, por qué, porque es uno de los, de los factores en una organización tiene que haber, tiene que delegar funciones, no solamente cargándome yo, que yo tengo 15 reuniones y que solo yo sea la que tenga, tiene que estar viendo todos los días en esa reunión habiendo otros miembros que se puedan delegar, no tener los lideres viejos tendemos a ser protagonistas, querer que solo seamos nosotros y minimizar a los demás, porque eso se mira mucho en las organizaciones...

EA-En las organizaciones en general

BR-En las organizaciones en general, entonces queriendo minimizar a los demás, entonces muchas veces por eso, esa es uno de, de tantas, que mejor las personas viviendo con VIH se, entonces en vez de unirnos todos para ver buscarle solución, buscarle una estrategia más bien nos estamos dividiendo.

EA-Usted siente que ese proceso de fragmentación digamos a lo largo de los años que usted tiene en el tema cómo ha visto que ha evolucionado ha sido a fragmentarse más o antes era más fragmentado y está mejorando, o se ha venido manteniendo igual a lo largo del tiempo.

BR-A lo largo de... se está, yo miro que ahora se está fragmentando más, se está fragmentando más, porque antes yo miraba que antes era más difere-, era diferente, incluso ahora en nuestra organización antes todos los, todos los martes se reunían los coordinadores y los miembros de los grupos de auto-apoyo en nuestra organización y nuestra asociación y ahora, entonces eso ya no se hace, entonces yo por eso le digo que yo miro que ahora es más la fragmentación.

EA-La organización como tal entonces ha, se ha deteriorado más.

BR-Se ha deteriorado.

EA-Esta, estos temas sobre cohesión, sobre organización, sobre empoderamiento hacen parte del PENSIDA sabe usted, si en el PENSIDA se preocupa porque esto fuera diferente.

BR-No, porque solamente todo el tiempo esta lo mismo ahí plantado y, y porque ahorita vamos, para que se, se pueda ver el PENSIDA 3, y a ver si, si, qué, qué se puede hacer pues o lo mismo los de CONASIDA, mire es otra cosa. Ya que ya estamos hablando de PENSIDA estamos hablando de CONA-, vamos a hablar de CONASIDA. Hay una representante de CONA-, de ASONAPSIDA en CONASIDA, por no, si yo no puedo, yo puedo decir pues, voy a delegar a otra persona porque yo hoy no puedo o no puedo. Entonces mandar a una persona que pueda cubrir ese espacio

y que sea procreativa, ahí está el espacio, está la representante ante CONASIDA de las personas que viven con VIH.

EA-Siempre ha sido la misma

BR-No, es otra persona ahora. Había una reunión hace como tres semanas creo yo, la primera reunión que hubo con el Ministro de Salud, ahí debería de estar ASONAPSIDA, no hubo representatividad de ASONAPSIDA.

EA-No podía ir la persona

BR-No podía ir. Entonces, a mi me dice Xiomara que vaya, a mi me dice Gilber-, Alberto que vaya, pero no puedo porque, porque, no es porque no puedo, sino que no debo por eso por lo mismo que anteriormente le había dicho

EA-Ósea, para entenderle, esa situación de no permi-, del protagonismo de no permitir que otros participen ha hecho que se pierdan espacios.

BR-Si ha hecho que se pierdan espacios

EA-Ajá, y no se ha dado el caso por ejemplo en que alguien piense bueno, en vez de que no vaya nadie yo voy a ir y después me arreglo con quien...

BR-No, si yo me he tirado, y qué me he ganado, problemas.

EA-Problemas con las personas que tienen la representatividad

BR-Con las personas que.... claro, entonces...

EA-¿Y cómo se ha digamos manifestado ese problema?

Pues se ha manifestado desde, de cómo cuestionarme que quién me ha delegado, que quién me ha dicho que vaya, yo muchas veces yo les digo, como persona viviendo con VIH y como ciudadana yo tengo derecho de estar en esos espacios, pero no todo... y a veces no tengo tiempo tampoco porque también mi, mis quehaceres pero, pero no todas las personas somos, podemos enfrentar esa persona y decirle pues yo tengo derecho y yo...

EA-Claro porque soy persona viviendo con VIH y había una cuestión que atender. Pero Benita, en el, en el caso, en casos como este que de repente más de una vez se han dado, que sucede por ejemplo, porque yo pienso en esta, digamos, si es una organización hay miembros y si hay miembros hay directivos también, pero de alguna manera los miembros tendrán la potestad de pedirle cuentas a los directivos..

BR-Claro que si

EA-Decir, porque esa situación que usted me relata de que, se ve un enfrentamiento porque usted se ha ido a apropiarse entre comillas de un espacio que no es suyo porque es una persona que está interesada en lo que se va a discutir, eso no se le hace ver a los directivos en las asambleas.

BR-Si se le hace ver a los directivos, pero como le digo que muchas veces vamos a las reuniones a las asambleas, a veces ni nos socializan, ahora formo parte de la Junta Directiva de ahí soy Fiscal, pero como le digo soy Fiscal de ASONAPSIDA, lo mismo, a veces pasan cosas y me vengo a enterar...

EA-Ya, ya cuando no es tiempo.

BR-Ya cuando no... entonces por qué, porque no hay una comunicación fluida, y todas las reuniones que se hace con la Junta Directiva se plantea de que la comunicación tiene que ser... entonces yo por eso yo muchas veces me dicen pues

Benita tal cosa, no, si no va mi firma ahí o si yo no he estado en esa reunión yo no tengo que responder.

EA-No tiene responsabilidad sobre eso.

BR-No tengo responsabilidad sobre eso.

EA-Pero digamos que ese ha sido el carácter, esa ha sido la norma pues de cómo ha venido funcionando la asociación. Pero a ver, quién, quién piensa usted, o de repente más que usted con otras personas han hablado sobre esto mismo, quién piensa usted que se beneficia con eso, ósea es intencional...

BR-Como que si fuera intencional, yo, yo desde mi punto de vista lo miro como que si para perjudicar a la asociación o para perjudicar a la persona que está al mando de la organización. Yo así, yo así lo percibo, pero yo cómo, como Fulanita está o está Zutanita y entonces no me cae bien, porque eso es lo que merma muchas veces, porque si usted no me cae bien, yo le digo ah no y yo para que voy a ir ahí si ahí está Menganita o esta Zutanita.

EA-Pero dentro de la misma asociación o en otros espacios se da eso.

BR-En otros espacios y dentro de la misma organización

EA-Ok, ok

BR-Dentro de la misma organización verdad, y entonces uno muchas veces mejor se retira para evitar de tantos problemas porque hay espacios que no son directamente para, para estar solucionando conflictos de otra organización, entonces el espacio que es para solucionar conflictos tenemos que solucionar el conflicto en nuestra organización, no en los espacios donde, donde es otra organización la que está dirigiendo ahí o la que está organizando.

EA-Ajá y que se supone que tienen otro rol estando ahí. Sí, sí, bueno esto me trae de regreso a la mente cuando usted al inicio me hablaba de esos espacios en los cuales usted ahora participa como por ejemplo el MCP. En el MCP ustedes son, por así decirlo, uno más sin embargo ese uno más es el directamente afectado, con las decisiones que se tomen ahí. Cómo usted ha visto la evolución de este organismo, de este ente verdad, digamos en general el organismo como tal y la participación de las personas viviendo con VIH en, en el mismo, cómo ha visto usted eso.

BR-Bueno, ahora últimamente desde que voy a mencionar nombres, desde que se salió Justa Suazo del MCP que era el representante de las personas viviendo con VIH ante el Mecanismo Coordinador de País y hay otra que está representada, que es la representante, yo no miro que soluciona nada, por lo menos que cuando estaba Justa era diferente, Justa hacia incidencia, Justa, Justa se metía en espacios donde aunque no la llamaran pero ella...

EA-Estaba ahí

BR-Estaba ahí, pero ahora con esa nueva representante nosotros no hemos visto que la representatividad de las personas que vivimos con VIH ante el Mecanismo Coordinador de País

EA-¿Y cómo llegó ella ahí? ¿Quién la delegó?

BR-Bueno, eso fue en un proceso de elección también, de asamblea de la organi-, de la asociación, pero como tanto cuestionaba la misma persona, que porque no, no, no renunciaba Justa, que porque para, para, para ceder el espa-

EA-Mucho tiempo decía. ¿Cuántos años estuvo Justa?

BR-Justa estuvo como 4 o 6 años por ahí

EA-Como 6 años más o menos, yo recuerdo que desde el 2mil qué, 5-6 por ahí estaba ella.

Si por ahí, sí. Entonces, entonces, se, se eligió a la persona que está ahora

EA-Que estaba cuestionando, ajá, si ya veo.

BR-Y entonces eso es lo que pasa, entonces ya el espa-, ese espacio como que se, se está perdiendo, que en vez de, en vez de tanto tiempo de, de estar en atraso más bien parece como que no vamos para adelante, parece que nosotros estuviéramos retrocediendo.

EA-¿Y Justa dónde está ahora?

BR-Justa ahora está en San Pedro.

EA-Ah ya, ajá, supe que se casó, sí, se había ido a San Pedro Sula.

BR-Se fue a vivir a San Pedro Sula

EA-Ya, pero y hablando de la organización como tal, me refiero al MCP, cómo usted ha visto la evolución, para bien, para no bien, del, del, del tema pues.

BR-Del tema, relacionado con las tres epidemias que están ahí en el MCP

EA-¿Las tres epidemias?

BR-Las tres epidemias que, porque están las tres epidemias que está en los proyectos por Fondo Global. Malaria, tuberculosis y VIH.

EA-Ajá, ajá, ok, si, ajá

BR-Entonces, no, no tenemos ni un Secretariado técnico, desde el año pasado

EA-Había anteriormente

BR-Había anteriormente, pero desde el año pasado a este, no ha habido un, un secretariado técnico para que, ahí está, el MCP ahorita está en sus crisis de ingobernabilidad.

EA-Ya, ya. Ósea que no, no, no, no hay representantes, no hay personas directamente...

BR-No hay personas directamente porque no están contratadas por lo que, qué sé yo, la Ministra de Salud, la Vice-Ministra perdón, no tiene tiempo, está que otro que sus haceres, entonces, si como sociedad civil no tomamos la batuta entonces vamos a perder al MCP.

EA-Pero habrá algo atrás de eso de por qué no se ha contratado es decir, ¿quién fue la última persona que estuvo ahí?

BR-La última persona que estuvo fue la doctora Fanny Mejía y Cindy Mungía

EA-Y ya no están ahí.

BR-Ya no están ahí, desde el año pasado se terminaron el contrato. Tengo entendido que la doctora Fanny está trabajando con, con la Primera Dama algo así, y entonces no tenemos, y ya estamos, ya va, ya vamos entrando al mes de Junio y tampo-, no hemos tenido absolutamente nada.

EA-Por, ajá. Ósea, porque antes de ese tiempo digamos en años anteriores si remontamos la memoria a como venía funcionando antes, que, que recuerda usted, ha evolucionado...

BR-No, no le digo que ahorita está...

EA-Pero anteriormente...

BR-Anteriormente pues sí...

EA-A lo que me refiero es digamos a la apertura o facilidad para que las personas viviendo con VIH se insertaran y tomaran parte en las decisiones.

BR-Sí, claro, anteriormente sí. Como le digo, digamos que, que de otros años atrás, sí.

EA-Ajá, cuando estaba Justa digamos.

BR-Cuando estaba Justa, aunque con lo, con lo, con las dificultades con los conflictos que tenía con el Doctor Pinel, pero...

EA-¿Había conflictos?

BR-Había conflictos con el Doctor Pinel, entonces pero siempre no, no, no se miraba sociedad civil o las personas viviendo con VIH fuera del MCP.

EA-Ya, ya, ya, ya. Sí, y de que naturaleza serían estos conflictos porque...

BR-Ay, usted bien sabe que ese señor, usted no lo conoce, ese señor es un poco conflictivo y, y era que, como que, bueno como le podría decir, se miraba, se miraba al, al externo, se miraba aquella, aquella mala comunicación hasta con los mismos de sociedad civil, bueno

EA-Ya, ya. Ajá. Como quizás no tomar en consideración...

BR-No y no tomar en cuenta la, o, lo, lo que uno planteaba...

EA-Los criterios

BR-Los criterios, entonces eso, eso era lo que pasaba mucho ahí con él, porque era él, el que llevaba la voz cantante, si quería poner, poner lo que quería poner en el acta, todo eso...

EA-Pero, pero me dice usted que sin embargo a pesar de todo, Justa sabía cómo...

BR-Sabía cómo manejarlo

EA-Ya, ya, ya. Sí. Si sería interesante poder platicar con ella también verdad porque ese es un, digamos, es una parte de la historia del, de la epidemia en Honduras muy importante, me refiero al, a esos años del MCP verdad. Y usted tiene conocimiento de cómo está funcionando digamos él, la evolución de los, de los proyectos que están dentro de la propuesta y eso...

BR-Pues, pues como le digo Doctora que últimamente no hemos tenido reuniones, no hemos tenido absolutamente nada, entonces nosotros estamos incomunicados acerca de los procesos, como va, se ganó la, si, si, si va a seguir o no va a seguir Fondo Global, se ganó la propuesta de, de niños huérfanos vulnerables, no se sabe cuándo se va a desembolsar a las organizaciones que fueron seleccionados, todo está...

EA-En suspenso

BR-En suspenso

EA-En suspenso. Y cuénteme un poco, cuénteme esta, usted que estaba ligada con el Foro Nacional de SIDA como ha ido evolucionando de unos años para acá él, digamos el nexa, el vínculo que se ha venido trabajando con la Secretaría de Salud.

BR-Bueno, con la Secretaría de Salud aquí en el Foro Nacional de SIDA hemos tenido apertura como alianza con Secretaría de Salud y...

EA-Usted siente que eso no ha variado a lo largo del cambio de las administraciones.

BR-No, no ha variado porque siempre, siempre se tiene aliados ahí adentro que se queda uno o se va el otro pero...

EA-Ajá, ajá. Sí, eso se ha seguido manteniendo entonces.

BR-Sí, se ha seguido manteniendo la comunicación con ellos.

EA-De qué forma se manifiestan esas alianzas, cuando usted dice aliados.

BR-Bueno, porque como nosotros aquí en el Foro Nacional de SIDA si, si hay algún convenio que nosotros tenemos, siempre nos avocamos a Secretaría de Salud digamos en esas, en esas, sobre la temática y todo eso, que, que si nosotros no tenemos materiales, nosotros vamos y hablamos con el representante de ahí y, pues siempre estamos ahí, porque siempre ellos están abiertos para, si hay algún malos entendidos, siempre están abiertos para dialogar con Xiomara y todo.

EA-Y ellos en estas alianzas, que hace un momentito usted me hablaba de, otros espacios más arriba, hablaba por ejemplo el Congreso, hablaba de la, del espacio de la Primera Dama, etcétera. Ahora, a ver, usted ha sentido que eso ha mejorado esos niveles de, de...

BR-No porque digamos que, no, como Foro ahorita aquí con la Primera Dama o con, no, no, no...

EA-¿No han tenido acercamientos?

BR-No hemos, no han tenido mucho acercamiento, pero tengo entendido que han estado haciendo a reuniones en el Congreso, pero no...

EA-¿De aquí del Foro?

BR-Si de aquí del foro han estado reunidos en el Congreso, pero no, no sé exactamente con quienes actores de...

EA-¿De aquí del Foro?

BR-No, del Congreso

EA-Del Congreso, ajá.

BR-Pero de aquí del Foro se ha estado haciendo Xiomara a reuniones ahí.

EA- Pero usted, a ver, este trabajo de incidencia o de alianzas que usted ha mencionado, de qué manera usted siente que esos espacios que van buscando en, en otras, digamos en otros poderes del Estado como ser el, el Congreso Nacional o con la Primera Dama ustedes han podido de alguna manera también incorporar o aglutinar a la propia Secretaría de Salud, o es que son como niveles diferentes, es decir que uno sea como nivel político y el otro nivel más como técnico.

BR-Dividirlo digamos, lo que es político con lo que es técnico, entonces pero lo más es como, como a nivel político.

EA-Con el Congreso

BR-Con el Congreso.

EA-Ajá, pero no han podido digamos en esos acercamientos porque si ustedes tienen un, un nivel de complementariedad o de entendimiento con Secretaría de Salud, yo a veces me pregunto hasta dónde esos otros entes de decisión como ser el Congreso valoran el tema de VIH de tal suerte que puedan apoyar las acciones que dentro del mismo Ejecutivo a través de la Secretaría de Salud se deban de hacer.

BR-Es que lo que, lo que pasa que Doctora, de que, de que en el Congreso no hay una política pública sobre VIH, entonces ellos no pueden, no, no, no tienen como no tienen y muchas veces lo mismo, lo mismo dicen de que no hay dinero para ese tema, el mismo gobierno lo ha dicho.

EA-Pero digamos que la política que emitió el, el Congreso es la misma Ley Especial, digamos que eso lo hizo el mismo Congreso.

BR-Lo hizo el mismo Congreso pero hace...

EA-Ajá, pero, pero ya la ejecución como tal a quien le corresponde es al Ejecutivo, decir a las diferentes Secretarías del Estado.

BR-Secretarías del Estado, pero como le digo, muchas veces, hay un montón de artículos que en esa Ley de que en vez de mejorar, más bien, yo miro de que, de que no, no mejora nada pues, porque mire estamos como Red de Mujeres haciendo una auditoria sobre la cuota de recuperación, ajá y, y aunque tengamos los resultados siempre dicen que, que todo ciudadano tiene derecho a la información y a la salud, tiene derecho a la salud y a la información, uno va, lo primero que miran a uno si uno le dice venimos como sociedad civil, o se viene a ver si nos puede dar información acerca de cómo, hacia donde van esos ingresos de la cuota de recuperación, nosotros, a nosotros no nos ponen el stop, porque nos miran que nosotros les vamos a contar las costillas, que nosotros vamos a cuestionarlo, y en ningún momento se va a cuestionar lo que están haciendo entonces eso es lo que pasa.

EA-Si. Y más allá de Secretaría de Salud, es decir, ese espacio especial que tiene el Foro Nacional de SIDA para poder articularse o lograr alianzas, con qué otras Secretarías de Estado ustedes han intentado esos acercamientos.

BR-Pues mucho no tengo mucho, solamente con Secretaría de Salud, Ministerio de..., Secretaría de, de...

EA-Con Educación han tenido quizás acercamientos.

BR-No mucho va, que nos han mandado invitación, pero decir ahora, no, no, no sabría, solo sé del INAM

EA-Ajá, del INAM.

BR-Del INAM, de que otro... que estuvimos con Secretaría de, de Seguridad, que estuvo con el también con el tema de cárceles...

EA-Ah ya, ajá, población carcelaria.

BR-Si población carcelaria, pero otros, hasta ahorita no.

EA-Y ahorita sabe usted es decir, las, los, los fondos o los digamos de donde le vienen las partidas al Foro en la sostenibilidad.

BR-Ahí Xiomara, yo no...

EA-No, no, no se sabe, ajá

BR-No se sabe, porque el único, el único, no, no tiene ningún proyecto con...

EA-Ajá, ajá con Fondo Global,

BR-Con Fondo Global.

EA-Ya, ya. Que también era un, un...

BR-Que habíamos hecho un diagnostico y que habíamos metido la el proye, la propuesta pero...

EA-Si, si,

BR-Entonces ahorita estamos ahí viendo como, como...

EA-¿Pero el Foro siempre tiene espacio en el MCP o no?

BR-No

EA-Ya no

BR-Se lo, siempre por querer entrar

EA-Al concurso de Fondos

BR-Si para no hay, para no haber conflicto de intereses entonces ella se lo dio a los trans

EA-Ah ajá, ah ajá. Claro ahora

BR-Ahora son los trans que están ahí

EA-A mas de los gay o...

BR-Si

EA-O los mismos, o es lo mismo

BR-No, los gay tienen su espacio y los trans tienen espacio en el MCP

EA-Ah ya, ok, ok, ya. Bueno ha sido usted bien amplia en todas sus apreciaciones, no sé si quisiera decir algo por último, para finalizar.

BR-No solamente agradecerle que, que me haya tomado en cuenta y ojala que mi participación le sea de mucho...

EA-No al contrario, al contrario las gracias son para usted porque creo que me brinda una panorámica amplia y desde una perspectiva muy, muy, muy interesante. No sé si usted en todo caso sugiere alguien más con quien yo pudiera platicar.

BR-Pues aquí, aquí ahorita solo....

EA-He platicado con José Zambrana también...

BR-Aquí ahorita encontraba a Erica pero no tengo el número telefónico

EA-Erica, yo he querido localizar a Erica, pero no me contesta el número...

ANEXO R. ENTREVISTA # 7 MANUEL SIERRA. JUNIO DE 2011

EA- Bueno, si gusta nos ponemos en situación. Así de contexto le manifestaba yo el otro día por teléfono que la idea de la plática con usted era tocar una de las varias aristas que tiene la temática de VIH, más que todo en lo que concierne a la generación del conocimiento, llamémosle de esa manera de forma más amplia, sus experiencias, su trayectoria, en, en este campo de VIH-SIDA, en el país y afuera verdad, en ambos contextos, como ha sido su percepción, como ha sido su experiencia en cómo se genera el conocimiento en el VIH-SIDA, cómo se ha venido generando verdad porque la, la idea, la pretensión es tener una mirada que vaya documentando a lo largo de las épocas. Siéntase usted en la libertad de tocar el tema sea por subtema, por épocas, por, por cómo usted crea que le viene a su mente y procuraremos ir profundizando

MS- Ok, ok.

EA- Quizás la consigna o la pregunta de partida es esa, ¿Cómo usted percibe que se genera el conocimiento en el tema de VIH-SIDA? De tal suerte que ese conocimiento impulse una respuesta.

MS- Bueno, estoy tratando de dar una visión ahí, histórica desde el inicio, ósea, ósea, creo que todo ósea, creo que todo comenzó digamos desde, desde un registro simplista digamos, de series de casos en los años 80 sobre todo en la parte de Los Ángeles, en California, en Nueva York, donde los sistemas de vigilancia epidemiológica comenzaron a, a describir, especialmente en los Estados Unidos, empezaron a describir una serie de enfermedades y síntomas, y signos en personas jóvenes sobre todo en aquel momento llamaba la atención una, la edad, y llamaba la atención también que eran de predominio masculino, de patologías asociadas con inmunodeficiencia, enfermedades oportunistas,, que rápidamente dio origen a lo que era el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida que fue así como se conoció inicialmente, y aun varios años antes de que se descubriese el agente etiológico, decía, lo que había era una descripción ya bien clara de un patrón de enfermedades de presentación inusual en gente joven y que eventualmente se asoció a ciertos grupos de riesgo va, sobre todo en ese entonces incluso se acuñó rápidamente en Estados Unidos lo que se llamaba el "4 Hs Disease", la enfermedad de las 4 Hs, ósea que era ser Hemofílico, ser homosexual...

EA- Haitiano

MS- Ser Haitiano, y la otra cosa que era.... Ah y usar Heroína indo venosa, y por consiguiente pues, la asociación digamos sobre todo con el grupo este Gay, y además una enfermedad desconocida, no había tratamiento y todo, entonces dio origen a, a todo un clima de estigma, discriminación, fobia, temor, ósea toda una serie de cosas, entonces el SIDA es bien complejo desde sus orígenes va. Porque incluso si no se conocía el agente etiológico no sabía cómo diagnosticarse, ósea, toda una serie de cosas. Ósea y tardó básicamente varios años va, ósea hasta el descubrimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana ósea que finalmente pudo dar la oportunidad de entonces una vez identificado el agente causal, de poder desarrollar rápidamente pruebas para el tamizaje y todo ese tipo de cosas que incluso desde un inicio provocaron controversia, ósea por ejemplo, Francia fue un país que especulo mucho con el precio y la implementación de las pruebas, como políticas públicas para el tamizaje y se tardaron casi un año ósea y posteriormente enfrentaron una demanda súper millonaria ósea por, por retrasar la introducción de pruebas ósea, y estamos

hablando de los primeros años va, y cómo desde el inicio hubo toda una serie de controversias. El primer ensayo clínico que se hizo con la primera droga antiviral que fue la, el AZT, básicamente fue un ensayo a doble ciego, casi estaba en los años 86-87, cuando yo llegue a Boston estaban apenas liberándose los estudios, ósea y se liberaron por presiones es decir porque rápidamente...

EA- Se liberaron es decir se hicieron públicos

MS- Pero por presión, ósea porque hubo un grupo de gays activistas, ósea porque el involucramiento de los grupos gays y todo ha sido crucial va ósea, por, por los derechos humanos y toda una serie de cosas, y en Europa, Estados Unidos. Entonces ellos rápidamente distinguieron que había un grupo que se morían como moscas y otro grupo que sobrevivía más ósea y presionaron, luego descubrieron una prueba en orina y entonces el grupo se abrió, entonces rápidamente se liberaban los estudios y todo y surgió posiblemente una droga mágica que curaba el VIH y lamentablemente no era así va. Entonces a que me refiero yo, el conocimiento de VIH ha sido una mezcla de varios aspectos, es decir por un lado ósea, la afectación de las, de las sociedades humanas, el mismo hecho del temor, el estigma, la discriminación, las presiones de los grupos afectados sobre todo los que han jugado un papel muy importante ha sido el grupo gay, ósea se ha metido lésbico pero en realidad no es un grupo de riesgo, pero es un grupo gay en toda su complejidad va, y luego las presiones políticas ósea, que han ido detrás va. También ha sido a veces cosas del azar, ósea, por ejemplo yo tuve la oportunidad de recibir clases con Jonathan Mann, que fue el creador del programa de las Naciones Unidas que ahora se conoce como ONUSIDA y Jonathan Mann ósea, ya dialogando con el va, se hizo en cierto momento una pregunta crucial, ósea bueno el SIDA está afectando bastante en Estados Unidos y en Europa, ¿Cómo andará el SIDA en África? Y bam, ósea, descubre una caja de pandora, una cosa gigantesca va, que prácticamente lo hizo famoso de la noche a la mañana va, pero es preguntarse la cosa en el momento acertado, ósea que a lo que me refiero es que es una mezcla va

EA- ¿Y qué llevaría a Thomas Mann a hacerse esa pregunta? Es decir, estamos hablando de generación del conocimiento...

MS- Bueno es que el estaba vinculado ósea, recuerde que él estaba vinculado con el grupo de mediterráneo y África de la OMS y entonces rápidamente esa asociación va viendo académico de cosas que ocurrían y cosas que miraba reportadas y todo ósea, más el descubrimiento reciente de las pruebas de VIH ósea, era obvio va. Lo único que él se adelantó va ósea, que es también ósea no es cosa del azar también va, pero es estar listo para el momento oportuno es decir, yo tuve la oportunidad de estar con, con el médico israelí que descubrió el BTI que es el bacilo turigiense invalidado israelense que es el control bilógico de anofel va, y el nos compartía como él en una expedición científica que estaba haciendo en el desierto del.... Se acercó a un oasis y miró un montón de larvas de Anofeles muertas, y él se hizo la pregunta ¿Porqué están muertas estas larvas? Pero era un entomólogo de mucho peso va el que se hacía la pregunta va, entonces tomó muestras físico-químicas, PH, temperatura, cultivo, ósea sabía lo que había que hacer y 6 meses después, el BTI va.

EA- Claro, fíjese que esos dos ejemplos...

MS- Entonces es me entiende es estar preparado ósea para hacerse las preguntas correctas, en el momento correcto

EA- En el momento correcto y en el lugar correcto. Hablando de eso es decir, usted menciona dos ejemplos que podríamos decir son clásicos o paradigmáticos,

Jonathan Mann preguntándose que ocurría en el África y el entomólogo preguntándose porque morían las larvas. ¿Qué ha ocurrido en Honduras, cómo podría decir usted que nos ubicamos en ese contexto de estar preparado para hacer las preguntas adecuadas, en el momento adecuado, en el lugar correspondiente? ¿Cómo vería usted entonces esa situación en el caso de Honduras?

MS- Bueno... es compleja.

EA- Quizás por no preguntar, nos hemos hecho las preguntas adecuadas, en el lugar que, adecuado, en el momento...

MS- Es compleja. Yo creo que tal vez si, ósea el problema es que en Honduras es más complejo ósea porque digamos, Honduras fue el primer país de Centro América ósea que empezó a reportar, ósea todos se refieren al famoso caso del dentista homosexual que vivía en la costa norte y todas esas cosas, pero muy pocos conocen por ejemplo que un año y medio antes habían 2 casos reportados en la Base de Palmerola, en una pareja de homosexuales, un hondureño y un gringo, que fueron los primeros 2 casos de VIH en Honduras, y entró Suazo Córdova y lo manejaron todo secreto y lo eliminaron y toda esa cosa, entonces es más complejo que eso va. Pero entonces, creo que en parte yo he puesto algún granito de arena en eso, es decir y tal vez eso me ha generado un poco de anticuerpos va, porque cuando yo vine a Honduras en el 96 entonces había toda una descripción de que Honduras era el epicentro de la epidemia, todo un montón de cosas va, y entonces entre yo a VIH y empecé a cuestionar muchos de los, de los expertos sagrados de la Secretaría, de las publicaciones, y empecé a analizar los datos pues ósea, los Súper datos de la Secretaría de Salud y quizás hacerme algunas preguntas que en aquel entonces eran importantes, ósea cómo era la distribución geográfica del país, entonces no había duda ósea ,de que había una, ósea Costa Norte era el 70% de todos los casos ósea, y Tegucigalpa y luego el resto de país entonces habían 2 epidemias ósea. La otra cosa era entonces, uno era mapear la distribución geográfica, la otra era ver por ejemplo exceso de los simples indicadores la razón hombre- mujer y ver a lo largo del periodo, entonces había un exceso de hombres ahí que no se podía explicar, ósea que, que era espeluznante pues ósea, ósea de que había una afectación diferencial con los grupos que tenían relaciones con otros hombres. Empecé a ver algunos municipios donde habían garífunas y las tasas eran como 100 veces más altas que las del resto del país, entonces había una afectación diferente y me preocupe también por los privados en libertad sobre todo ligados al bisexualismo va y al homosexualismo y entonces creo que, que todo eso contribuyó a, y desde mi puesto del Programa Nacional y de Vigilancia Epidemiológica a, a influir sobre el CDC que en aquel entonces apoyaba, y creo que estaba, ósea en Honduras estaba como en contraparte un infectólogo pediatra que se llama Bernie Branson que ahora es el Jefe de todas las pruebas rápidas de VIH del CDC que era un hombre muy, ósea bueno, solido va, e interactuamos y entonces rápidamente hicimos una propuesta para hacer estudios rápidos en grupos poblacionales.

EA- Si, Si, estamos hablando del año 97

MS- Estamos hablando del 97 al 2000 exacto, exacto todos esos primeros estudios básicamente yo los diseñe con el apoyo del CDC y qué sirvieron de base para demostrar una, que Honduras tenía una epidemia bimodal ósea que había una epidemia generalizada en la Costa Norte y que había otra epidemia en el País, que además Honduras tenía una epidemia concentrada especialmente que afectaba a los a los Garífunas, con prevalencia, y todos con prevalencia cerca de 10% en aquel entonces, a los Garífunas, a los privados de libertad, a las mujeres trabajadoras

comerciales del sexo, y a los HCHs, entonces creo que, y también rompimos paradigmas ósea porque fueron los primeros estudios donde nosotros salimos básicamente a, a buscar la gente pues a estudiarla pues, entonces lejos de buscar en la Clínica de Las Crucitas a las trabajadoras sexuales que llegaban, lo que hicimos fue un estudio de trabajadoras de sexo en las calles, ósea y salimos a las calles, ósea rompiendo paradigmas y toda cosa, salimos a buscar HCHs a los bares y toda cosa y a lugares donde frecuentaban, fuimos a las prisiones y nos metimos ahí, ósea fuimos a los Garífunas, entonces creo que contribuimos a romper ciertas cosas y creo que influimos sobre todo en USAID para que tarde o temprano determinara que su inversión principal iba a ser en HCH, en Garífunas y en trabajadoras del sexo, el problema que tienen siempre son las limitaciones legales con los privados de libertad que no les permite trabajar y el País creo que no ha sabido negociar. Entonces creo que esa fue la primera fase, la primera fase.

EA- Usted diría que en su experiencia, en su formación y experiencia como epidemiólogo y digamos la experiencia que ha tenido como investigador en este campo, usted diría que hay una correspondencia sino total por lo menos solida, pesada entre resultados que se obtienen y poblaciones a las cuales hay que dirigir los esfuerzos.

MS- Si y no, es que creo que es bien compleja ósea, ósea una porque, ósea desgraciadamente la mayor parte de las intervenciones no dependen de fondos nacionales ósea que esa es una, una grave limitación es decir, quizás la única intervención que depende de fondos nacionales es el tamizaje de bancos de sangre, es decir que casi en Honduras, es rarísima la, sería un pecado la transmisión por sangre va, porque si o no el país hace un esfuerzo en garantizar eso aunque de vez en cuando hay desabastecimiento y tiene que ser cubierto con Fondos externos pero por lo menos en eso si va. Pero de ahí todo el resto de las intervenciones en grupos están fuera de la Secretaría eso relativamente le da poco control sobre lo que pasa, luego en segundo lugar está el fenómeno de la politización de la Secretaría de Salud que hace que se pierda continuidad en los Recursos Humanos, se sustituyan Recursos Humanos claves, se pongan políticos para las tomas de decisiones entonces es todo un montón de papadas que lo que ha hecho es que las agencias externas siguen sus intervenciones a pesar de los desaciertos de la Secretaría de Salud y del... entonces al final el País ha entregado todo en las manos de la Cooperación, ósea creo que la Cooperación puede responder y en determinados momentos cuando ha habido un grupo técnico de peso responde, pero frente a la debilidad usted entrega el País en manos de decisiones externas ósea.

EA- Cuando usted en realidad es una caracterización compleja la que usted dice, digamos esfuerzos que hay para generar conocimiento que no siempre tienen una continuidad como debiera por razones de tipo político y debilidad técnica, creo resumir lo que usted ha manifestado. ¿Cómo diría usted que ese cuadro se ha dado, mantenido, variado, aumentado, disminuido, digamos desde el inicio de la epidemia a lo largo del tiempo? ¿Ha habido momentos en que ha sido diferente, ha habido momentos en que...?

MS- Creo que tal vez, bueno el problema que enfrenta el País también una es la escasez de Recursos Humanos es decir pero, pero básicamente cuando usted se mete, casi los mismos de antes somos los mismos de ahora ósea porque, y actualmente yo veo que detrás de nosotros no hay cuadros de sucesión realmente, obvio tal vez uno que otro pero no porque haya habido una estrategia de desarrollo allá a propósito, pero por lo menos lo que yo le comentaba por teléfono, es decir, que ese pequeño grupo por lo menos, vaya, nos hemos combatido unos a otros menos, y

nos hemos juntado más periódicamente en momentos estratégicos y quizás eso le ha dado al País cierta coherencia entonces el grupito que 97-98 que yo lidere luego participó indirectamente otra vez en otros estudios después, después participo en lo del Fondo Mundial en las diferentes fases, hemos estado en los Planes Estratégicos entonces por lo menos eso le da cierta continuidad, es decir, que no ha sido direccionada a propósito sino más bien por azar del destino va, que ha pasado, pero no responde a una política nacional.

EA- Diría usted entonces que...

MS- Y la, por ejemplo para allá más, y la CONASIDA que es la rectora máxima de la respuesta. ¿Cuándo ha funcionado? En mi parecer nunca.

EA- Nunca, no cree usted que haya habido...

MS- Tal vez en un momentito,... ósea pero, pero en, en lo que es llamado y todo, muy pocas veces ósea de, de realmente ejercer ósea una influencia en políticas públicas, en rectorar y todo ósea. ¿Pero todo por qué? Porque el principal liderazgo lo ha tenido la Secretaría de Salud ósea, entonces esa crisis constante, cambio constante, hace que la CONASIDA sea un elefante blanco.

EA- Aja, aja, aja... Cuál diría usted, porque el conocimiento que usted pueda tener...

MS- Perdona que sea tan radical va, pero...

EA- No, no es decir, interesa la forma cómo lo ha vivido los actores, yo creo que eso es importante. Ahora, el conocimiento que usted pueda tener de otras realidades, de países diferentes al nuestro en, en este tipo de, entes, o digamos cuerpos colegiados como la CONASIDA que funcionan o no funcionan o por qué sí, o por qué no. ¿Qué diría usted que hace diferente al nuestro en relación a los de otros países?

MS- Caramba.... Es que, es que me hace una pregunta bien compleja, ósea es que, es que por ejemplo todo esto ha sido una iniciativa de, una iniciativa de ONUSIDA con su famosa política de los tres 1s, ósea una sola autoridad, un solo plan estratégico, y cuál es el otro... y un solo plan de monitoreo. Ósea y se lo digo porque he estado desde el interior cuando fui deputy director en Guatemala en Centro América, y me metía mucho con las CONASIDAS de todo Centro América, he conocido la de otros países. Ósea ¿Cuál es mi impresión? Ósea que la mayor parte de los países en los cuales yo he tenido conocimiento lo que hay son documentos de Planes Estratégicos quizás altamente participativos consensuados que se realizan cada cierto tiempo, y que ya cuando se acerca el momento que es de la evaluación, entonces hay que evaluarlo y después hay que hacer el otro, pero que, que sea una directriz así de, que, que oriente la repuesta nacional va, y que de ahí surjan los planes detallados de implementación, no se tal vez, Brasil tal vez, México tal vez en alguna cosa, pero no me atrevería a decir así que haya... y luego que la CONASIDA sea una, una cuerpo así multisectorial que dirija y regule, tal vez esos dos países, pero en algunas cosas pero no, creo que ha sido más una utopía y luego, usted me habla de planes de monitoreo...

Interrupción

MS- No, no hay planes de monitoreo en Centroamérica, con lo que yo, a lo que yo me refiero y que conste va, que yo asesoré el Plan de Monitoreo de Belice, el Plan de Monitoreo de Costa Rica, me metí en el Plan de Monitoreo de Guatemala, ósea a lo que me refiero es, hay un documento, ¿Tiene plan de Monitoreo? Claro que sí dicen,

claro, todos los países lo tienen, todos, excepto Honduras que Honduras todavía no tiene, ósea

EA- Ese tercer 1 todavía no, ni siquiera...

MS- Honduras ni siquiera esa papada tiene, ósea pero los otros, El Salvador tiene segunda generación de Planes de monitoreo, pero bueno ya siéntese, ósea es que le digo yo porque me he sentado ahí con el Programa Nacional del El Salvador va a ver, miremos a ver cómo funciona, enséñeme los indicadores, a ver cómo van a ser contruidos y toda cosa, lo que hay son documentos ósea pero realmente una respuesta nacional coherente a través de un Plan Estratégico rectorada por CONASIDA, con una unidad de monitoreo que de información estratégica constante a la CONASIDA para la toma de decisiones basada en evidencia, no he visto eso yo, en ningún País, de los que yo he visitado y he visitado casi como unos 12 de Latinoamérica va, incluyendo Haití va, Haití es otra cosa va, Haití es un caos va, Haití está literalmente gobernada por la Cooperación externa va.

EA- Ya, ya, ya. Quizá para resumir de los tres "1s" tenemos 2, el tercero no, y que aún en los países en los que existen...

MS- Tenemos, de los tres "1s" tenemos, uno 0.8, 0.4 de la CONASIDA, no y 0.4 del Plan Estratégico, no me atrevería a decir que tenemos el 1 completo, no, no sé si me entiende lo que le quiero decir yo, ósea que lo que hay son documentos ósea el documento de Plan Estratégico, pero que, pero que sirva de...

EA- Pero digamos esa calificación que pone es estimativa o, o se ha...

MS- Ósea me refiero a eso, que el Plan, el PENSIDA marque la ruta y oriente y venga un nuevo cooperante y la, y la CONASIDA o el Programa se siente, miremos el Plan Estratégico, mire...

EA- ¿Y qué se conoce sobre eso? Es decir, será importante conocer porqué eso funciona o no funciona.

MS- No yo creo que para mí, ósea para mí aunque es una utopía lo de los tres "1s" pero sigue siendo una necesidad imperante, es decir, es que no hay duda, decir de, de que la única forma de encarar un problema tan complejo y que trasciende tantas facetas de la sociedad humana es a través de toda esa participación amplia, consensuada, que se plasme en un documento lógico, que se establezca metas y toda esa cosa, que haya una institución reguladora, eso para ya, eso yo no se lo pongo en duda, y que hay, hay información estratégica, un plan de monitoreo, que lo, a mí no me tiene que convencer de eso. El problema es llevarlo a la práctica.

EA- Pero a ver, tal vez no me, no me exprese correctamente, entiendo cuando usted dice que, que eso para usted no tiene discusión que está de acuerdo y que es necesario, pero más bien preguntaba yo si será importante, a ver hace un momentito usted hablaba de cómo Tomas Mann se preguntó en determinado momento que ocurre en África, de cómo el entomólogo se pregunto en algún momento que ocurre con los zancudos, entonces pregunto yo, ¿Será que es importante preguntarse por qué no se puede llevar a cabo... esa?

MS- Si, de, de identificar las principales limitaciones, barreras... que son complejas

EA- Sabe usted si se ha hecho eso, es decir, ha habido dentro de esas organizaciones o agencias, digamos curiosidad o interés en conocer por qué la implementación de los planes no se puede llevar a cabo.

MS- Ósea si conozco de, de algunas iniciativas que se han hecho en CONASIDA, de, de auto-evaluación...

EA- CONASIDA nuestra

Si, de la CONASIDA nuestra, algunos esfuerzos incluso de, dentro del Plan Estratégico de, por lo menos al hacer PENSIDA 3 ver qué pasó con PENSIDA 2, ósea, si han habido esos esfuerzos es decir, y quizás otros países ahí de más avanzada tal vez yo pongo más de ejemplo a Brasil y a México tal vez que son los que creo que van más, porque digamos en, ósea, en Europa y en Estados Unidos y en, en Australia, Canadá, no, no hay CONASIDAs ósea no, ósea lo cual es bien interesante va cómo si en los países subdesarrollados si necesitamos CONASIDA pero en ellos no, ósea,,,

EA- Llama la atención

MS- Si va, interesante va, como los indios si necesitamos CONASIDA pero Estados Unidos no necesita va, a pesar que es un despelote va.

EA- Debería de haber una especie de, de explicación para ese tipo de cosas...

MS- Así es, así es... Entonces, si han habido esfuerzos ósea, pero más, más, más aislados ósea, de identificar todo eso de por qué funciona, por qué no funciona, entonces muchas ocasiones a veces son intereses creados, estigma, discriminación, por ejemplo en Honduras siempre ha sido la pugna de, de los grupos de poder sobre todo con la Iglesia Católica, interesados en echar abajo toda la parte de educación sexual, lucha contra el condón, la parte de estigma, discriminación contra el protagonismo de los gays, que por qué sobresalen, que no se qué, si hay otros grupos que.... Entonces todo eso, más el clima de caos que vivimos en la sociedad Hondureña, ósea es multifactorial va, ósea porque ni el Plan Estratégico ni CONASIDA funciona.

EA- Pero digamos si hay un Plan Estratégico y de repente hay una necesidad de hacer una propuesta para la consecución de fondos no, como las de Fondo Global, ¿Cómo se ha dado esa digamos, posibilidad de vincular? El Plan Estratégico...

MS- Por eso le digo, por azar, porque los mismos de antes somos los mismos de ahora entonces los, el grupito digamos, los que hemos estado muy de lleno metidos en el Fondo Mundial, Rolando, Maite y yo, y no hemos, los mismos gatos que hemos estado metidos en varios momentos va, entonces eso le ha dado al país cierta coherencia que, que a veces en el Fondo nos reímos, ósea pero, pero por lo menos el interés de que se haga algo en el país y todo, y entonces a veces la coherencia y todo está en eso de que, de cómo fue que pusimos en PENSIDA vos y te acordas de eso, y toda, y nos juntamos, y... pero le digo, pero son por azares del destino no porque realmente haya una política pública ahí, integral va.

EA- Pero y en esos, en esos ensamblajes que hacen de PENSIDA hacia las propuestas, se ha pensado quizás algún momento en la manera de permitir que esa vinculación llegue a institucionalizarse es decir, a través de, porque ese tipo de, de propuestas del Fondo Global hasta donde yo conozco llaman al fortalecimiento de las capacidades nacionales, entonces ¿Hasta dónde hacer ese tipo de propuestas ha permitido fortalecer las instituciones para que eso, digamos, cambie, para que esas posibilidades de ensamblaje puedan ser mayores?

MS- Depende, si la misma institución está interesada en fortalecerse, ósea tal vez le parezca muy simplista pero ¿le interesa a CHF fortalecer a la Secretaría de Salud?

EA- Bueno, CHF es ahora... antes eran...

MS- ¿O perpetuarse, o perpetuarse a ella misma? ¿Le interesaba a PNUD, le interesa a las Naciones Unidas fortalecer las instituciones del país? ¿O seguir ganando gran...? Entonces quien es el principal responsable para fortalecerse, el país, las instituciones, entonces el problema es, ósea tal vez es que yo soy mu crítico va, pero el problema es ósea un modelo como el Fondo Mundial que lo miro yo como un modelo de muchas oportunidades verdad donde al país y aun grupo de país se le, se le da en bandeja de plata en preparar una propuesta que venga a responder a las necesidades de país, pero no hay una visión de país no hay un liderazgo estratégico y rápidamente el país entra en, en hacer chicharrón el pisto pues ósea, pero ¿de quién es el problema? ¿Es del PNUD? ¿Es del Fondo Mundial? ¿Es del CHF? ¿O es desde el interior mismo, el seno de las instituciones? Ósea yo en múltiples ocasiones, ósea la ingobernabilidad del, del Mecanismo de Coordinación de País ósea yo lo digo porque fui miembro fundador de esa cosa y fui vice-presidente del MCP. ¿Y quién es el liderazgo mayoritario del MCP? El gobierno, entonces que quiere decir el gobierno, que es ingobernable él a sí mismo, ¿Quién es el Secretariado permanente? Secretaría de Salud, y entonces cómo es que es ingobernable, ósea me entiende, entonces el problema está en el mismo Estado, es la ingobernabilidad del Estado, ósea no, yo tal vez les creaba mucho anti-cuerpo pero yo les decía que no estamos preparados para una propuesta democrática como la de Fondo Mundial, todo mundo sueña con una dictadura tipo Carías, ósea porque no estamos preparados como sociedad.

EA- Y usted siente que eso, cómo ha evolucionado, estamos hablando de 20 años ya, quizás no de propuestas de Fondo Global pero, pero...

MS- Evolucionado o involucionado

EA- Casi 15 años tenemos en esto.

MS- Yo, cada vez miro la Secretaría de Salud más en crisis, ósea, ósea cada vez miro más caos y

EA- Institucional

MS- Ósea, institucional, ósea, en la toma de decisiones, en el liderazgo estratégico, en la manera como se maneja como que si fuera un "sectralismo" salvaje ósea, falta de visión, ósea en estos momentos para mí el programa pasa por una de las épocas más oscuras ósea, de, de liderazgo técnico y todo eso entonces, ¿Quién gobierna las respuestas nacionales? Maite Paredes en CHF y Rolando Pinel en USAID, ¿Y cuál es el problema? El liderazgo nacional. ¿Le interesa al país dejar de tener el liderazgo? No estoy seguro. Tal vez le suene muy crítico.

EA- No, no, es decir, de eso se trata, de eso se trata, de tratar de escudriñar porque en esta solicitud que yo le he hecho a usted de ver cómo se genera conocimiento en VIH, me estoy refiriendo más allá de la parte meramente epidemiológica, yo pretendo generar conocimiento en VIH desde el punto de vista de por qué la respuesta está funcionando de la manera o ha venido funcionando de la manera cómo ha venido funcionando. Ósea viendo esos claroscuros institucionales...

MS- Entonces le he dado la, una la del lado del gobierno va, que ha sido una crisis constante, e. lado de la cooperación que, que quíerese o no tienen su propia agenda pues ósea, y es de respetarse pues ósea, me entiende ellas tienen su razón de ser y de existir va y creo que en muchas ocasiones, ósea las cosas han pasado así por la debilidad de la contraparte nacional, ósea sencillamente. Y luego vamos al otro aspecto que es el protagonismo de los grupos vulnerables, de los grupos meta...

EA- Ajá, ajá, platíqueme un poquito sobre eso por favor.

MS- Que... no sé dónde está el protagonismo...

MS- ...el protagonismo Garífuna, ósea... y se lo digo con mucho... lágrima ósea porque ha sido uno de mis grupos que yo he trabajado por él, peleado por él, he peleado por los gays también, por los pobres privados que todavía siguen matándolos en las cárceles, y lo que veo es que, es que por un lado veo modelos, ósea como le digo como, como ha habido poco liderazgo técnico y más énfasis en el activismo del ejercicio presupuestario, no he visto modelos realmente de protagonismo, ósea, que promuevan el empoderamiento de los grupos, y modelos constructivistas donde ellos propongan y todo, sino más bien como sujetos pasivos que reciben intervenciones para mejorarles su calidad de vida y todas esas cosas, entonces lo que se ha fomentado más es una dependencia y en muchos grupos más un oportunismo, de los pocos grupos organizados que hay lo que miro siempre es una pelea de tiburones para ver quien se echa la mejor mordida cuando hay propuestas Garífunas, la mejor mordida cuando hay propuestas HCH, las pobres mujeres trabajadoras del sexo que nunca se han organizado y siempre son invisibles y siempre estigmatizadas pero nunca los clientes son, masculinos ellos están, son libres de culpa y todas esas cosas, los privados de libertad que siempre es mejor matarlos que intervenirlos, entonces igual desde la perspectiva de la, de los grupos, de las personas viviendo con VIH, también relativamente modesta, ósea, ósea que quisiera más y luego al interior de por si hay, hay, hay grupos de interés dentro de ellos mismos, por eso algunas de las agencias de cooperación también promueven sus propias agendas entre ellos para buscar protagonismo, entonces al final los pobres son utilizados, utilizados ósea y luego que, que realmente la, ¿Cuál es la prioridad en las personas viviendo con VIH? Sobrevivir va, ósea es que hasta que usted no se ponga en los zapatos de ellos va, no va a entender.

EA- Como no. Pareciera como que la situación por donde se le mire es...

MS- Media caótica

EA- No solo compleja sino difícil de cambio positivo...

MS- Si, yo la miro difícil, ósea yo creo que es posible siempre va pero, pero frente a ello sigo insistiendo, ósea se requiere un liderazgo de la contraparte nacional en sus instancias, una en la Secretaría de Salud que es la principal y la CONASIDA va, ósea que es la llamada a tener esa respuesta multisectorial amplia, reguladora. Y entonces más yo veo la respuesta al VIH en Honduras fragmentada, es decir ¿Hay un Plan Estratégico? Ciertamente si lo tenemos, claro que lo tenemos. ¿Y una autoridad nacional? Ah también, claro, tenemos 2 de los tres "1s". Virtualmente lo tenemos, o no lo tenemos. Ósea ese es, esa es mi observación va, entonces lo que miro es una respuesta fragmentada

EA- Como para ir saliendo del paso...

MS- Si, ósea, nunca se han sentado... vaya, y, y, y esos me van a criticar por lo que voy a decir pero nunca se han sentado Rolando Pinel con Maite Paredes, ósea USAID con CHF para ver cómo elaboramos una propuesta conjunta técnica Garífuna HCH...

(Llamada Telefónica)

EA- Si, es interesante eso que dice usted...

MS- Pero de nuevo, a sentarse, pero de nuevo, ¿Quién tiene que obligar a eso? ¿Quién? El Programa Nacional de SIDA del país pues, el país a sentarse, hay

dos actores grandes importantes USAID y CHF, ósea el Ministro tiene que ordenar, tiene que haber una propuesta técnica unificada y todas esas cosas, pero no hay...

EA- ¿Qué ocurre con los Ministros? Ósea su, su, su impresión su experiencia a lo largo de estos años es, vamos si es una figura clave, el Ministro de Salud, ¿por qué? Porque de alguna manera pone en movimiento un engranaje no, llamado CONASIDA, respuesta nacional. ¿Qué ocurre con un tema como VIH verdad, que tanto se dice que es primordial?

MS- Creo que lo que ocurre desgraciadamente al final, lo que yo he visto es, ósea participe indirectamente en un grupo bajo la sombra con Carlos Flores y en otro grupo bajo la sombra con Maduro, ósea ya experimente los dos va, ósea porque lo llaman en un momento para producir aquellos documentos integrales de desarrollo y todo eso ósea...

EA- En el tema, o en salud en general

MS- En salud en general.

EA- Ajá, ok.

MS- Y al final la triste historia de la Cándida Eréndira es que al final lo que hay es una repartición de puestos claves en base a cuales representan las mejores oportunidades de beneficio económico para los grupos de poder del país. Entonces ¿Secretaría de Salud qué implica? Implica una partida como cerca de 2,500,000,000 de lempiras en medicamentos e insumos, ahí está todo, ya le dije todo. Y eso sucede en SOPTRAVI, donde en SOPTRAVI está también la Marina Mercante, está los aeropuertos, está el de Puerto Cortés, están las aduanas terrestres, está la infraestructura de carreteras, esas dos son las grandes minas de oro, SOPTRAVI y Salud.

EA- Ahora entre esa situación macro que usted aquí dibuja de grupos de poder teniendo acceso a puestos clave para obtener beneficio, etcétera y lo micro que es una respuesta nacional ampliada como se le suele llamar. ¿Cuáles son esos puentes de tipo, no sé si llamarle técnico, o técnico político, o administrativo que hay que ir tejiendo?

MS- Una, una creo, una es por ejemplo en SIDA es que por lo menos la envergadura de la epidemia y la respuesta por lo menos ha permitido que, que la respuesta sea, en medio de todo ese caos por lo menos un poquito más multisectorial, entonces hay más respuesta y hay menos mecanismos de, de tener toda la sartén por el mango y tener la manteca y el pescado, entonces hay múltiples sujetadores de la, de la, de la...

EA- Externos también

MS- Si, externos y todo entonces hace que se diversifique un poco más y de cierta manera por lo menos el país la respuesta sea más compleja, y no sea tan fácil desbaratarla. En segundo lugar creo que también poco a poco el Estado en toda su complejidad y todo ha ido más descentralizando, regionalizando y eso desconcentra un poco más el poder va, a pesar de que hay corrupción en las regiones pero hay menos... entonces eso nosotros usualmente bromeamos ósea que él, el país sigue en Salud gracias a las regiones pues, y a pesar de los desaciertos del nivel central ósea porque ellas siguen por inercia, tal vez sin dirección pero por inercia siguen verdad, entonces eso creo que ha permitido ciertas cosas.

EA- Usted habla de avances de la multisectorialidad. ¿Cómo esto está emparentado o, o también digamos beneficia a la atención integral, entendiendo integral, bueno no sé cómo usted entiende integral, no sé?

MS- Si, ósea, ósea básicamente ósea, nosotros fuimos los, los papas tal vez en esa propuesta del Fondo Mundial va, de, de poner en esa propuesta una resp- una..., de poner en esa propuesta un respuesta integral al VIH, entendiéndola como una respuesta transdisciplinaria va, lo cual creo que nunca ha ocurrido es decir, lo que hay son un, un reflejo de la sociedad hondureña, fragmentos ósea está el Psicólogo haciendo su papada por acá, el Trabajador Social por otro, el Médico por otra, y el Farmacéutico por otra, pero siempre con una idea muy bióloga va de, de lo que es la repuesta integral. Pero si ósea hubo un, un diseño a propósito en esa propuesta del Fondo Mundial que por lo menos obligo pues, obligo a que el país por lo menos aperturara va, dentro identificados y destinados hacia esta cuestión integral, que al mismo tiempo se contrataran recursos humanos interdisciplinarios para el abordaje de esta problemática y luego que amarramos también desde el inicio de la propuesta y, y también venia con lineamientos del Fondo Mundial que el país se veía obligado a que año con año iba absorbiendo un porcentaje de estos recursos humanos entonces obligo a que el país por lo menos contratara más psicólogos, trabajadores sociales, Farmacéuticos ósea, que no fuera siempre esa respuesta medicalizada va, por lo menos hay ese intento va, para ese abordaje integral va, de la problemática del VIH, cosa que no ha tenido un reflejo desde la perspectiva de la investigación, ósea nunca la he visto plasmada, ósea...

EA- ¿Cómo se da esa integralidad en la investigación, o cómo no se da, o qué dificultades hay para que se dé?

MS- Ósea uno de nuevo, volvemos a lo mismo, volvemos al financiamiento ósea que todo, ósea prácticamente todas las investigaciones en el país responden a fondos externos ósea, llámese USAID que hace sus investigaciones al interior con, con sus propios grupos, y sus propias instituciones, CHF con sus líneas basales y lo monitoreos de los indicadores para cada uno de los, de los trimestres o el CDC va, que en cierta manera creo que el país por lo menos influye en algunas cosas del , del CDC va, sobre todo, pero ya hay los grupos metas establecidos y todo ese tipo de cosas y que además responde, también debería de decir que responde también a, al compromiso de UNDAS es decir de, de las Naciones Unidas para el monitoreo de la respuesta mundial ósea que, que en cierta manera eso ha obligado a, a por lo menos tener una agenda uniforme a nivel de todos los países del mundo para monitorear los avances en la respuesta a la epidemia, entonces creo que ese ha sido un impulsor muy importante, el hecho de que el país suscriba y esté obligado a cumplir esos indicadores y que además tenga muy buenas relaciones con, con USAID va, porque USAID digamos financia las principales investigaciones, ósea que son las de los grupos especiales en HCHs, en trabajadoras del sexo, en Garífunas, en personas viviendo con VIH, pero además USAID es uno de los financiadores principales de las ENDESAS, entonces, entonces, ahí se lleva casi el 80% de los indicadores va, el Fondo Mundial contribuye relativamente poco ósea es básicamente USAID el que responde a esos indicadores de UNDAS indirectamente, entonces.... Entonces me entiende hay escases de recursos, hay compromisos internacionales ósea, entonces hay una prioridad que ya está establecida, no es del país sino que es establecida desde afuera va, pero por lo menos no está tan mal pensada porque por lo menos le permite ser un poquito más consecuente con lo que es la respuesta nacional, en medio del caos de todos los países, ósea si en Honduras estamos en caos, en África, en África es increíble, yo he estado en varios países de África, y en Haití ni digamos

va, ósea pero por lo menos eso obliga va a que aunque haya muchos recursos externos pero por lo menos se sabe que Haití tiene que responder estos indicadores, Sudáfrica tiene que responder, Tanzania tiene que responder, entonces no hay opción va.

EA- Como no

MS- Y luego entonces está por un lado eso las limitaciones, y la otra entonces volvemos a lo mismo la, la, el poco liderazgo técnico de la respuesta nacional a través de CONASIDA o a través de, del Programa Nacional que no logra establecer una agenda.

EA- ¿Qué responsabilidad o que reto mejor dicho quizás tendríamos los académicos? Porque estamos en el sector académico para digamos impulsar un cambio en esto que hemos venido hablando. ¿Cómo ve usted el papel que nosotros tenemos?

MS- Ósea yo creo, ósea yo creo que es muy importante y quizás por ejemplo algunas de esas respuestas digamos yo mismo que, que estoy en la Universidad he influido en parte de esa respuesta va y algunas otras personas que también han estado vinculadas a la academia, pero yo creo por ejemplo que, que hay aspectos esenciales ósea que, que, que el país digamos necesita urgentemente de, de, de investigación y de aportes para ayudarlos a resolverlo y que, y que la Universidad puede ser un contribuyente muy importante. Por ejemplo desde el punto de vista antropológico y social, ósea yo he seguido insistiendo al decir que Honduras tiene casi 20 años de estar trabajando con Garífunas y yo mismo he insistido incluso dejamos una partida para un estudio más etnográfico de, de VIH en Garífunas y, y no pues no, no hay una respuesta diferenciada para los Garífunas en VIH, nadie es interesado por ver la cosmovisión de los HCHs y porque hay serias limitaciones en, en la reducción del número de parejas, en el uso consistente del condón, todo ese tipo de cosas, los privados de libertad tampoco ósea, hay toda una parte ahí antropológica – social que se necesita urgentemente y no, y no hay respuesta, entonces yo creo que la academia puede, puede jugar...

EA- Usted dice que no hay respuesta en la generación del conocimiento o en la aplicación del conocimiento generado...

MS- Más en la generación porque, porque muy poco ósea de, de estudios etnográficos de VIH en Garífunas...

EA- 2 o 3 hay

Si pero, pero aisladitos así ósea. En HCH...

EA- Igual

MS- Ósea que son de los 2 grupos metas principales va, privados de libertad ni digamos va ósea, trabajadoras del sexo... Entonces me entiende, muy poco, entonces me parece que la academia puede, puede ayudarle a darle esa interdisciplinariedad a la investigación, hacerla menos biomédica, por otro lado creo que también la academia puede ayudar a obligar al país a sentarse a analizar lo que está produciendo, es decir, se, se sorprenderá también que en medio de todo eso el país creo que es uno de los países de Centro América que más información tiene, ósea más datos y más investigación tiene, hay un montón de cosas, pero son usadas solo, hay que hacer UNGASS entonces hay que correr y analizar todas las investigaciones, después viene PENSIDA entonces hay que analizar todas las investigaciones, pero el sentarse periódicamente y analizar y todo eso, sistematizar los datos... muy poco.

EA- ¿A qué diría usted que se debe eso, esa digamos, esa forma de reaccionar permanente de una forma así como de apagar un fuego pero no de forma estratégica?

MS- Ósea de nuevo, ósea no, ósea no hay una política de investigación, no hay líneas prioritarias de investigación, hay un documento de plan estratégico que solo es un documento pero realmente no es operativo, hay una CONASIDA que es un fantasma, entonces hay toda una serie de cosas va, que no hay un liderazgo sostenido va ósea de peso, que le de coherencia a, a esa agenda de investigación. Entonces lo que hay es un activismo, activismo de los proyectos, el mismo Fondo Mundial también se ha autocriticado muchas veces, que una vez que empieza, empiezan los "Qs" va, trimestrales, Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, 6, 7.... Y financiamiento contra desempeño va, entonces es una carrera de, se monta en el caballo... lo atropella el carruaje va.

EA- Ahora a lo largo del tiempo ha venido, he tenido oportunidad de ver algunos documentos, como haciéndose esa autocritica a la arquitectura misma del Fondo Mundial, que, que ha se habían dado cuenta de que ese tipo de presiones hacia los países llevaban a eso que usted está diciendo... que tanto se ha avanzado

MS- Claro entonces hubo todo un cambio, todo un cambio hacia lo que se llama el fortalecimiento de los sistemas de salud ósea, porque se dieron cuenta que en muchos países era tan grande el Fondo Mundial que se llevaba de encuentro los Ministerios de Salud ósea, lo que pasa en Haití pues, el Ministerio de Salud... es nada comparado con el financiamiento externo. En el país no, ósea no estoy seguro ósea, hasta que punto ósea, se ha fortalecido se ha hecho una inversión especialmente en infraestructura de, de apertura de centros, acondicionamiento de centros de atención integral, se ha fortalecido la parte de laboratorios ósea, creo que se han hecho esfuerzos en capacitación de recursos humanos ósea, pero de nuevo el problema es la alta rotación pues entonces los capacitan, se los mueven, entonces al final, no estoy seguro al final después de todos estos años de financiamiento del Fondo Mundial que tanto fortalecimiento institucional ha habido, y de nuevo muy autocritico va, muy autocritico...

EA- Usted diría, vamos poniéndola quizás en la pregunta más...

MS- Si, si se ha fortalecido la respuesta nacional vaya pero...

EA- Quizás no por ahí la pregunta porque eso digamos que, inclusive las cifras dan fe de ello no, sino más bien en el, desde el punto de vista del fortalecimiento institucional, así con, con ese ánimo autocritico que usted mismo menciona. ¿Hasta dónde la existencia de Fondo Mundial ha venido más bien a, o a entorpecer o a detener o inclusive a deteriorar el fortalecimiento nacional precisamente de la unidad de VIH?

MS- Si y no ósea, ósea es que, es que...

EA- Tal vez no en lo inmediato pero si en...

MS- Es que la, en, en cómo le diría, en el planteamiento estratégico del Fondo Mundial ósea el Fondo Mundial es una propuesta de país, que responde a las necesidades de país, y al liderazgo de país, entonces si el país no asume el liderazgo y si el país entra en una politiquería y en cambio, rotación de recursos y, y por razones políticas sacan a este y a otro, y los agarra CHF y otro ósea porque están en, en, en, en, en...

EA- Vacantes

MS- En, en, en la oveja negra política, el Fondo Mundial no tiene culpa en eso ósea, el Fondo Mundial gracias a Dios que ha seguido financiando ósea, pero es

realmente el problema básico es el liderazgo ósea, yo le pongo un ejemplo cuando hubo la crisis de, del Golpe de Estado pleca Sucesión, como le quiera llamar, hubieron serios grupos incluso los grupos metas vulnerables y todo, que escribieron tremendos mensajes para que el Fondo Mundial parara el financiamiento por la crisis que no se qué cosas, les digo yo bueno y ustedes babosos que es lo que piensan les digo, a personas viviendo con VIH, que se mueran o qué, qué diablos están pensando, ósea...

EA- Con un sesgo político más bien...

MS- Ósea, no sé si me entiende mi posición, mi posición es de ahí ósea, de defender que esos pobres viviendo con VIH tengan antirretroviral, y habían algunos de ellos que lo querían que cortaran, que los fondos se pararan para presionar al país, y gracias a Dios que el Fondo Mundial fue uno de los pocos que no se paró.

EA- Que no es la única crisis, de repente si hacemos un poquito de memoria...

MS- Sí, pero solo le pongo un ejemplo, un ejemplo ósea, de los intereses mediocres que, que persisten en el país...

EA- Claro lo que pasa es que yo, yo quisiera su opinión en relación a ese otro momento de crisis que se vivió recuerda usted, en la primer, en el primer, en la primera propuesta que se ganó de Fondo Mundial, estamos hablando del año 2004. Primero hubo un desembolso de 18 meses y después vino un periodo de crisis también, no política pero si crisis de ejecución-

MS- Claro, que se estuvo a punto de perder-

EA- Correcto, entonces...

Claro, por la falta de visión estratégica ósea de nuevo, en, en ese momento ósea había, cómo le podría decir, y se lo digo porque yo dirigí el equipo que preparo la propuesta de país va, entonces había, había toda una partida presupuestaria para una unidad técnica, bien pagada, interdisciplinaria, que dirigiera esa propuesta va. Por otro lado, yo estuve en las reuniones políticas de alto nivel para decidir quién iba a ser el que era el recipiente principal. ¿Quiere ser el gobierno? No dijeron, no. ¿Quiere ser la OPS? Tampoco dijeron. Se lo digo porque estaba ahí en esas reuniones va. El único que tuvo, ósea y que era un zorro astuto era el Jeffrey va del ONUSIDA, ese en determinado momento llegó a ser más poderoso que el Presidente, porque era aquella cosa, tenía una visión ósea, pero eso si que era medio megalómano pero era otra cosa va, no, no megalómano, egocéntrico era, no es megalómano, egocéntrico. Y entonces el liderazgo fuerte que en ese momento lo dirigía Cosenza, y se lo digo porque yo estuve muy cerca del va, la Unidad Técnica y todo eso que, no me dice "no mira podemos ahorrarnos y esto se puede hacer desde el Programa, desde tuberculosis, y desde acá y desde allá, y pongamos solo una, una, una gente ahí para que, para que haga la parte de monitoreo administrativo desde el PNUD y toda esa cosa, y las investigaciones de línea base", había toda una partida de línea presupuestaria, "no también la podemos hacer desde el programa y no sé qué va" Entonces vinieron 18 meses y ahí ya casi como, el país orgullosamente reportó como 30% de ejecución, alegres va, y los clavarón va... porque entonces como presupuesta usted que se va a echar ese montón de millones y no los, y no los, y usted va pues bien alegre "fíjese que me los ahorre", entonces es que presupuesto mal, entonces es que es un mal presupuestador ósea, entonces el país casi pierde esa papada ósea pero bueno, lecciones aprendidas, yo le dije, le dije...Pero le digo que por eso gano anticuerpos yo...

EA- Claro pero entonces ahí la parte de fortalecimiento...

MS- Fue la parte, contraparte nacional

EA-...Institucional fue desperdiciado por así decirlo,

MS- Si pero ¿Quién tuvo la culpa, el Fondo Mundial o la parte institucional? Fondo Mundial le dice mire este es el problema, planifique, usted planifica y la parte institucional dice, “no, vamos a hacer otra cosa”. El problema es institucional.

EA- Claro

MS- Ósea, lastimosamente ósea, tenemos lo que merecemos.

EA- Bueno, no sé si para finalizar quisiera usted...

MS- Diga algo positivo

EA- No, no, tal vez no tanto eso sino un poco en la línea de, cómo usted ve el fortalecimiento desde las personas viviendo con VIH, decir, usted hablaba hace un momentito de pugnas, de ese tipo de situaciones...

MS- Si, de la pobre ASONAPSIDA

EA- Ajá, exacto. La forma como ha visto esa evolución.

MS- Ósea, de nuevo ósea, errática, es decir, errática, por varios, por varios aspectos ósea, una es por, desde la realidad misma de las personas viviendo con VIH, ósea una que, de nuevo fue el Papa quien dijo que el SIDA no era una enfermedad de transmisión sexual sino que era una enfermedad de la pobreza, porque no hay duda que alrededor del mundo ósea el VIH se agrega alrededor de la gente más vulnerable que son los pobres va ósea, entonces encima de la enfermedad ósea, que es compleja, estigmatizante, discriminante, además son pobres, con pocas oportunidades laborales, con muy pocos, en medio de una sociedad donde hay muy poca protección social, mucha violación del derecho de los trabajadores y toda esa papada, usted es una persona viviendo con VIH va, y además de eso es gay va, o es negro, o es trabajadora del sexo,

EA- Una sobre otra

MS- O está privado de la libertad ósea.... Ósea es compleja va, es compleja, entonces en medio de toda esa realidad creo que el Fondo Mundial por lo menos dentro del Mecanismo de Coordinación de País obligó desde el inicio a que hubiera representación de personas viviendo con VIH, ósea que eso es una, que hubiera representación de grupos de hombres que tienen sexo con otros hombres, de que hubiera representación de mujeres trabajadoras del sexo que nunca se hizo posible por todas esas irregularidades que hay, que hubiera representación de Garífunas, entonces por lo menos creo que esa ha sido una contribución importante del Fondo Mundial de, de obligar a eso, a que por lo menos en esos Mecanismos hubiera esa representación, por lo menos para tenerlos ahí en evidencia de que hay una agenda nacional que se debe desarrollar con ellos. Y luego la otra debilidad que creo que ha tenido VIH es que una de sus principales debilidades ha sido el flujo de dinero que ha venido a contaminar todo, me pregunto cómo hubieran evolucionado las cosas si no hubiera habido tantos dólares en la respuesta del VIH, ósea cuánta, cuántos de los activistas que hemos tenido va realmente hubieran, hubieran sido activistas, o lo que haya habido, lo que ha habido es más bien un oportunismo va. Entonces alrededor de las, ósea un país pobre viviendo con VIH, pocas oportunidades laborales y vienen agencias a darle oportunidades de trabajo a personas viviendo con VIH, es una pelea de, de, de tiburones a ver quien, ósea y desgraciadamente quienes tienen al final menos votos, más pobres, ósea si ya son pobres los VIH los menos pobres son cada

vez lo que tienen menos voz, entonces saltan a la vista unos cuantos líderes y otros, a veces manipulados por ONUSIDA o por otras cosas, con intereses creados, entonces al final ha habido serias crisis en ASONAPSIDA, serias crisis ósea, el último estudio que hizo USAID con el proyecto de Rolando Pinel ósea, hay unas deficiencias tremendas, a pesar de tantos años de inversión...

EA- El estudio sobre...

MS- Sobre personas viviendo con VIH y la respuesta, y los Centros de Atención

EA- Ah el de los CAI, ajá

MS- Más otros más, lo que pasa que es de circulación restringida, pero, hay mucho, mucho que cortar.

EA- Como no satisfacción

MS- Así es y desde el interior mismo ósea las pugnas, las peleas de poder, la representatividad siempre misma de, de que se pelea ahí ósea, yo mismo en cierto momento fui removido de la, del MCP aduciendo que cuál era la legitimidad de mi representatividad de la sociedad civil, no, no sé qué significa eso, quién es, quienes son legítimos representantes de la sociedad civil, no estoy seguro...

EA- El tema de la legitimidad siempre presente...

MS- Si pero, ¿Quién es legítimo? ¿Quién legitima? O ¿Cómo se legitima? No sé, ósea somos, somos una sociedad muy fragmentada, y muy dividida, muy oportunista a veces, con muchas agendas personales, con muy poca identidad nacional, muy poco amor por el país a largo plazo, no sé, tal vez sea muy negativo va.

EA- Bueno, es digamos la visión de alguien que ha estado presente...

MS- En muchas, en muchas batallas, y en muchos momentos...

EA- No y desde diversas posiciones de repente

MS- Desde diversas arengas claro...

EA- Porque la posición académica...

MS- Yo he estado en ONGs, he estado en la Cooperación Internacional, solo me ha faltado ser persona viviendo con VIH, y nos soy gay, para... pero si he pelado por ellos ósea yo pelee mucho por ellos con el Gobierno Nacionalista en ese momento de Maduro y ósea, y les dieron personería jurídica cosa que es bien interesante va, que gobiernos de ultra-derecha y le dan...

EA- Pareciera que haciendo una mirada, pasando la mirada sobre los diversos momentos, ese periodo del Presidente Maduro llama la atención por varias razones...

MS- Si, es interesante, hasta yo mismo me pelee con mi amigo Carlos Ávila, ósea, que está un millón de dólares le digo, para la propuesta de educación sexual en las escuelas y nunca quiso, entonces, no fregues le digo, entonces dejate de tonteras, porque fuimos compañeros en la escuela va, y él era el Ministro de Educación.

EA- Claro, pero tenía otras filiaciones también de índole religiosa

MS- Claro, tenía otras agendas, así es, entonces nunca quiso, es más, lo impidió

EA- Si, si, si, ósea jugó un rol de, por así decirlo bloquea.

MS- Y se lo digo porque yo estaba ahí va, si, y habíamos apartado una partida ósea...

EA- Ya. Bueno yo creo que...

MS- Imagínese en aquel entonces era un millón de dólares, solo para la educación sexual en centros educativos.

EA- Pero aparte de eso, es decir, el gobierno de Maduro llama la atención por otras razones también...

MS- Por alguna, Si!! Ósea fue la oportunidad, fue la oportunidad de, mire yo me acerque con Jorge Fernández que estábamos ahí va, con Jorge Fernández nos acercamos en los primeros días de Diciembre de la, de, ya cuando eran las, ya habían sido las elecciones va, y nos acercamos con, con... ¿Cómo se llamaba el Ministro de Salud?

EA- Elías Lizardo

MS- No, no en el periodo liberal anterior. Que es ginecoobstetra. Ministro de Salud Liberal, antes de Maduro.

EA- ¿Castellanos?

MS- No, el ginceobstetra, Castellanos es Nefrólogo. ¿Cómo se llama el ginecobstetra que fue Ministro de Salud? Bueno, pero él. Nos acercamos con Jorge en la oficina de él, y le dijimos: Mire Señor Ministro, se acaba de lanzar la iniciativa de Fondo Mundial y el país concentra la epidemia, no hay duda de que tuberculosis es una prioridad nacional y malaria también le digo, reunamos un equipo técnico para que empecemos a preparar esta propuesta. ¿Sabe lo qué nos dijo? "No quiero preparar nada para un gobierno cachureco". Dicho por el Ministro de Salud y con palabras literales: "No quiero trabajar para otro".

EA- Ya habían sido ganadas las elecciones por el...

MS- Así es, así es. Y faltaban 2 meses, o sea... Esa es la realidad de nuestro país, ese es nuestro país.

EA- Bueno si gusta usted las últimas palabras las dejo a su criterio.

MS- No ya, ósea, ósea con todo creo que, ósea, las pocas veces que tienen a veces las personas de salir a eventos Centroamericanos con todo lo que hemos dicho se dan cuenta rápidamente que Honduras es el país que tiene la respuesta más compleja al VIH en Centro América, es el país que tiene más fuentes diversas de información y muchos de ellos con trabajos científicos de peso en todo el país, y es él, y pueden revisar los informes de UNGASS y es el país, uno de los países de Latinoamérica que más reporta de forma completa los indicadores, los indicadores de UNGASS, ósea con todo lo que hemos dicho, es decir, que de nuevo no ha habido una agenda de investigación, no ha habido líneas de investigación, pero por lo menos ha habido grupos que a lo largo de la respuesta de la epidemia le han dado cierta coherencia al país, que creo que hay deficiencia, si las hay y muy importantes ósea pero creo que una de las más graves es la, él, la falta de una respuesta sostenida institucional ósea que es fuertemente contaminada por los intereses políticos mediocres, y que cada vez más debilitan y asfixian más al país.

EA- Pero si, siendo que eso va en aumento cómo...

MS- ¿El qué?

EA- Esa deterioro, o esa falta de respuesta sostenida... qué

MS- Tal vez la Universidad le dé, le dé un auxilio

EA- Un puntal

MS- Tal vez, tal vez

EA- Si porque usted hablaba del relevo generacional que no, que no se dio

MS- Si, tal vez la Universidad ósea, por ejemplo uno de mis sueños y estoy tratando de abogar con mis contactos en el exterior es, con, asumiendo, si es que asumo va, la maestría en epidemiología es formar los cuadros de sucesión en, en Epidemiología ósea, llevarlas a un nivel de doctorado en, en Epidemiología de enfermedades infecciosas, ITS, VIH, y lo estoy moviendo con, con, con Cesar Núñez que es el Director Regional de, de ONUSIDA, con José Antonio Isazola que es el Jefe del Programa Nacional de México, con mis amigos que son profesores del Instituto de Salud Pública de México, ósea para formar una masa crítica, ósea, tal vez poniendo mi granito de arena desde la academia ósea, que tal vez una forma de influir es formar una masa crítica pensante

EA- Bueno ahí yo creo que una avenida promisorio puede ser ese vínculo entre Biología – Salud Pública en el tema. Hablando desde el punto de vista de Salud Pública.

EA- Pues le agradezco muchísimo, ha sido...

MS- Ojala que no la haya...

EA- Muy amplia y completa

MS- ...No la haya despachado deprimida...

EA- No, no yo creo que...

Fin de la entrevista

ANEXO S. ENTREVISTA # 8 RUTILIA CALDERON. AGOSTO DE 2011

EA- Bueno hoy tenemos día 4 de agosto y vamos a tener el gusto de conversar con la Doctora Rutilia Calderón, la idea, voy a entrar en materia porque yo se que usted tiene su, su tiempo, muy, muy, muy, muy medido. No, pues agradecerle, agradecerle en principio el espacio, verdad; para mí es muy importante este encuentro con usted, le explicaba yo la vez pasada, porque estoy tratando de ver varias facetas en el fenómeno VIH, concretamente la respuesta de país. Estoy teniendo la osadía de titular este trabajo “Genealogía del VIH-SIDA” con todas las implicancias que eso lleva, es una osadía pero, pero...

RC- Pero se necesita también

EA- Ahí estamos, ahí estamos

RC- Es un tema que reclama osadía, porque si seguimos viéndolo de la misma manera, como que seguimos sobre lo mismo y no se avanza

EA- Si, si, si, si, no y teniendo maestros de la talla de Arouca por ejemplo con ese trabajo que hizo y bueno otros tantos verdad que yo espero poder como le digo ver varias facetas, y en concreto bueno su, su posición es privilegiada en este tema no solo por su formación, por su experiencia, por su trayectoria en diversos espacios, sino porque ahora está en el espacio académico verdad, entonces esa es la faceta que quisiera quizás que pudiéramos explorar un poquito con mayor detenimiento, independientemente de que todas las otras que usted pueda contribuir me van a servir muchísimo para tener esa, digamos esa, cohesión en un tema tan disperso muchas veces que se escapa por varios lados, entonces pues siéntase usted en la libertad de abordar el tema conforme vaya usted creyendo que es conveniente que en la medida en que yo considere oportuno pues le iré preguntando algunas cosas. Quizás una pregunta introductoria en el caso suyo sería, bueno a más de 15 años de estar bregando con ese tema aquí en nuestro país, 20 años, Cómo ha usted visto la evolución y qué, qué le surge en sus diversos momentos o en este momento en su posición que pudiera hacerse para favorecer la respuesta nacional.

RC- Si: primero que, a pesar de los años que, que el país tiene de haber reconocido que existe la, la situación y le llamo situación y no problema porque también el VIH-SIDA tiene una dimensión problema pero tiene otras dimensiones que de repente si solo se aborda como problema precisamente quedan ocultas y eso puede terminar incidiendo en la posibilidad real de llegar a contar o no con una respuesta nacional. En ese sentido a partir de ese reconocimiento han habido, yo diría intentos diversos desde diferentes ámbitos, grupos, actores, porque muchas veces los grupos no han llegado a conformarse como actores en el sentido que no han acumulado una fuerza suficiente para incidir sea en el abordaje o en las intervenciones sobre la situación, pero lo que uno identifica es que todavía a pesar de esas múltiples intervenciones, enfoques, abordajes no contamos todavía con lo que debe de ser una respuesta nacional, continua siendo una respuesta con ciertos grados de fragmentación, de dispersión, de desacuerdos e incluso en algunos momentos de contradicciones, que por no reconocerse entonces no son debatidas y no son, no son superadas verdad, y al final todo esto finaliza condicionando que la situación sobre, en relación al VIH-SIDA no haya una tendencia clara de que mejore la situación verdad sino que prácticamente se ha mantenido y se ha ido aumentando la complejidad, sobre la misma, entonces ese es como el resultado final vamos a decirlo así de no

haber logrado llegar a una respuesta realmente nacional como tal porque al final lo nacional nos remite a varios aspectos verdad, ósea es una respuesta que involucra a la nación, en los términos más tradicionales de territorio y población pero también que involucra el reconocimiento de una diversidad social, cultural, económica y que también involucra un papel claro, sostenido por parte del estado porque al final el concepto de nación se construye también desde la construcción del, del estado verdad, entonces si vamos a llamar una respuesta nacional a una respuesta que da cuenta de todo el territorio que llamamos Honduras de la población hondureña con sus múltiples manifestaciones, culturas, etcétera y donde el estado no solo a través del gobierno sino el Estado como ese ente de que tiene un papel importante de cohesión social y de distribución de la riqueza social y haya hecho suya esa respuesta y haya logrado también construir los espacios de participación de la sociedad civil en esa respuesta no la tenemos todavía en este, en este momento pues por eso considero que el desarrollo histórico que ha tenido en el país no ha conducido hasta ahora a contar con una respuesta nacional como tal.

EA- Siendo digamos en la apreciación suya la respuesta suya todo lo amplia que es, todo lo abarcadora que es, cómo usted valora, no le quisiera llamar grados de responsabilidad pero si cuotas digamos que, de sectores, o de actores, o de circunstancias que han abonado para que esa situación haya sido así.

RC- Como todo, toda situación social que en este caso el VIH lo es verdad, tiene una complejidad, tiene una historicidad y eso significa el hacer o no hacer de los diferentes actores sociales verdad y por eso es que la situación de la respuesta nacional del VIH-SIDA implica definitivamente una corresponsabilidad y no solo en términos de no haber hecho lo que se tenía que hacer sino que aun lo que se hace continua siendo en general parcial, particular y no asumido de manera colectiva y participativa, entonces eso repercute definitivamente y no se trata tampoco de un sentido de corresponsabilidad análogo a culpabilidad sino que es reconocer que la situación del VIH-SIDA y por lo tanto de la respuesta nacional a esa situación implica es cierto objetivos comunes, propósitos comunes pero también una diferenciación de roles y de responsabilidades verdad, y a veces también se tiende a pensar que una respuesta nacional significa que todos deben hacer todo y eso termina también incidiendo en que no haya impacto en transformar la situación.

EA- Se me ocurría al escucharla a usted que si alguien hubiera entrado en este momento y no sabe de qué estamos hablando y la escucha a usted, de repente podría pensar están hablando de pobreza, están hablando de desarrollo, están hablando de, tal vez no específicamente no tiene una etiqueta VIH la respuesta que usted da. Entonces qué hace diferente el VIH a estos otros digamos, situaciones las llama usted, que también adolece el país... Por qué el VIH....

RC- Yo más bien diría que las hace comunes porque uno encuentra que la mayor parte de situaciones que integran por supuesto problemas pero también potencialidades, por eso el concepto de situación me parece más rico que el de problema porque cuando uno hace el abordaje de situación eso involucra problemas, pero también potencialidades, posibilidades de superación, la situación reclama identificación de actores, reclama identificación de la historia que nos explica cómo es que la situación ha llegado a donde está y que gérmenes de cambio tiene producto de esa historia del proceso, en ese sentido me parece que, que la noción de situación es más rica que abordar, por ejemplo el VIH- SIDA solo como un problema verdad porque se pueden las potencialidades, se puede desconocer la historia con sus lecciones verdad, se puede asumir una visión normativa que desconoce la presencia de actores, etcétera. Entonces definitivamente cualquier situación de la sociedad Hondureña en

este caso, no es ajena a estas determinantes y condicionantes de la situación del VIH-SIDA, ahora qué es lo particular del VIH-SIDA en relación a otras situaciones verdad, más como usted definía, la vulnerabilidad ambiental, la pobreza, etcétera, yo identificaría dos o tres determinaciones de la situación, una es que toca de una manera directa la vida humana y la dignidad de la persona humana, situaciones que por ejemplo tomando la vulnerabilidad ambiental por supuesto hay una, una determinación de la vulnerabilidad en relación a la vida, a la, a la dignidad de la persona pero no, hay otras mediaciones que en el caso del VIH-SIDA no están presentes verdad sino que el VIH-SIDA toca directamente la vida humana y la dignidad de la persona humana, la otra determinación es que el VIH-SIDA es en este momento ya una situación cuyo abordaje es claramente transdisciplinario, es decir si nosotros pretendemos seguir abordando el VIH-SIDA desde un enfoque interdisciplinario y no asumimos que el VIH-SIDA es un campo que tenemos que verlo con una mirada nueva que implica romper límites donde ya no es posible seguir hablando de lo económico separado de lo social, de lo ético, de lo ambiental, de lo cultural verdad sino que ya estamos en un momento en que tiene que reconstruirse el propio tema de una manera diferente verdad después de 25 años de venirlo estudiando, analizando, abordando verdad, creo que son como 2 elementos que hacen al VIH-SIDA un tema con una complejidad diferente, no estoy diciendo que es más o menos complejo que la pobreza o que la vulnerabilidad ambiental, pero es una complejidad diferente que si no se asume entonces nos corremos el riesgo de marginar u ocultar esas particularidades precisamente del VIH-SIDA.

EA- Me gusta y me llama mucho la atención esta última característica que usted aporta, transdisciplinariedad y no interdisciplinariedad que de alguna manera nos ubica en ese tema tan fascinante de, bueno de la academia, de los discursos académicos, de las pugnas académicas que uno puede ver en todo nivel y tratándose de este tema que nos ocupa verdad, yo diría que cobra características inclusive hasta de ferocidad no se si eso se da en otros temas también pero he estado tan metida en el que, que uno puede ver ese tipo de manifestaciones con, con esa particularidad. Usted en su, pues no en su posición sino en general en su experiencia desde una mirada, quizás aquí la pregunta es cómo hace un balance entre la mirada de afuera me refiero a internacional a cómo lo vemos en el país ese tránsito obligado que el VIH nos tiene que empujar a tomar hacia esa transdisciplinariedad tan deseada, tan, tan digamos imaginada pero que en la práctica de repente no se sabe cómo, cómo entrarle a eso.

RC- Yo creo precisamente que esa mirada o lectura dirían los otros de la situación del VIH-SIDA transdisciplinaria es todavía una tarea pendiente y donde definitivamente desde el país desde la academia pero también desde los otros sectores y actores, deberíamos de dar cuenta de aportar a esa construcción transdisciplinaria, a esa mirada transdisciplinaria de la situación del VIH-SIDA porque uno encuentra que las miradas desde fuera si las queremos llamar así a través de la Cooperación Internacional etcétera, todavía tienen una carga importante de multidisciplinariedad y avanzando un poquito hacia la interdisciplinariedad y ahí quizás también de parte de las instituciones académicas en ser un poco más proactivas en que, en crear un diálogo con los organismos Internacionales para precisamente avanzar en la construcción de esa obligada mirada o lectura transdisciplinaria verdad porque uno observa cómo a través sobre todo de las publicaciones a las que se tiene acceso, cómo la mirada de hoy mil, perdón 2011 en lo sustantivo no han variado verdad de las miradas de los 80 cuando el problema, cuando se empezó a reconocer como problema el VIH-SIDA, y de hecho todavía el predominio por ejemplo del enfoque médico y la subordinación de otros saberes está presente también verdad, en

estas propuestas de intervención y de análisis que se hacen desde la cooperación internacional entonces creo que en el país hay personas y grupos que pueden y deben aportar a esas lecturas, avanzar hacia lo transdisciplinario que pasa por reconstruir el propio objeto de análisis llamado VIH-SIDA verdad, y que eso en determinado momento incluso debería de llevar a una denominación del, de la, del, del propio tema más integrador, más amplio, porque si lo seguimos llamando por ejemplo virus, o SIDA, síndrome de, eso es una, un lenguaje que tiene significado en el campo de las ciencias de la salud verdad pero que tanto dice por ejemplo a las humanidades y a las artes, que tanto dice a las ciencias sociales, que tanto dice a las ciencias económicas, entonces cuando planteamos la necesidad de avanzar hacia una lectura o mirada transdisciplinaria estamos frente a ese desafío de encontrar a la propia situación un significado más convocante, mas integrador.

EA- Ahora esa misma explicación que usted hace y este trabajo que he estado, he querido realizar en estos meses me muestra no solo la complejidad, la dificultad, el, él, la interrogante de donde están los intersticios por los cuales poder entrar porque pareciera que se repliega sobre sí misma la posibilidad de entrada, al, al, al analizar este balance entre lo que son los discursos académicos o disciplinares en relación con las cuotas de poder por así llamarlas que, que, que ejercen o ejercemos los diversos profesionales en el tema, nos hallamos ante una situación que como le digo, por dónde la entrada, y, y un poco acá la idea de consultar su opinión sobre cómo ha sido la contribución de la academia durante todo este tiempo porque siendo que, pareciera que hay un consenso en su, en su apreciación sobre este, esta transformación del objeto de estudio obviamente la academia es la primera llamada a esa tarea o una de las primeras, cómo usted valora ya en su experiencia de varios años en , en, en este desafío de la vice rectoría que ha sido el papel de la academia y cómo usted ve esas puertas de entrada para ese reto que está planteado.

RC- Creo que ahí es central lo que Habermas llama la, la acción comunicativa de la academia con el mundo verdad porque no podemos seguir sosteniendo un papel o una elaboración académica distante de lo que es el mundo de la vida misma, ese mundo donde está la gente que está enferma, que está la gente que pretende contribuir a disminuir las, la propagación verdad o la reproducción si se quiere de la, de la situación de manera permanente, entonces venimos o estamos todavía en una academia muy cerrada, usted lo decía, muy viéndose a sí misma y con poco dialogo a ese mundo real, y las pocas veces que se abre el dialogo, muchas veces lo que se, lo que se termina haciendo es traduciendo lo que ese mundo real nos está diciendo verdad, entonces es como un dialogo de, como de sordos, de sordos verdad porque no estamos trayendo a la academia lo que ese mundo y la gente que está ahí en el mundo real nos dice sino que siempre acudimos a nuestras traducciones, entonces seguimos hablando en nuestros propios códigos y entonces la posibilidad de contribuir a una respuesta se limita también verdad porque terminamos dando una respuesta desde nuestros propios códigos y no desde los códigos del mundo real y la posibilidad de construir interdisciplinariedad yo la situó fundamentalmente ahí en esa posibilidad de diálogo entre la academia y el mundo real para traer ese mundo real, porque si no, si seguimos poniendo nuestras mediaciones tradicionales vamos a seguir teniendo una mirada parcial, fragmentada y no transdisciplinaria y tampoco vamos a tener posibilidades de llevar esa mirada transdisciplinaria a los otros que están fuera de la, de la academia, y uno lo mira por ejemplo en, en las llamadas mesas sectoriales donde este, se aborda la situación de ..., la, la misma CONASIDA donde muchas veces lo que se genera es una tensión entre la academia y los, los otros sectores no académicos y muchas veces se debe a que nuestra postura en esos espacios

participativos es de, de posicionar que nuestro saber y nuestro hacer es superior al de..., entonces difícilmente allí esa, esa construcción transdisciplinaria se va a dar.

EA- ¿Ha tenido la academia representación en CONASIDA?

RC- Hay una representación pero que yo identifico que producto precisamente de ese no lograr un dialogo se termina por no asistir, o por retirarse, dejar el espacio pero que se tiene normativamente verdad, se manda que la Universidad tenga..., pero ha sido una participación pues no es continua, es muy esporádica y creo que tiene que ver con este tema del dialogo verdad, es preferible no estar porque así no nos molestamos en ver cómo nos abrimos o nos preparamos para ir a dialogar verdad, y mantener una posición distante solo de estar viendo cómo se están haciendo las cosas pero no aportando a cómo podrían hacerse mejor, es una posición más cómoda verdad.

EA- Claro, porque de repente es decir, un representante de la academia en el ente que por Ley supuestamente rige las políticas, ya si lo hace o no lo hace pues es otra discusión, pero la participación en este, en este ente, se, se esperaría que fuera quizás con una propuesta no, con una idea...

RC- Y una propuesta de su propia identidad que es esa precisamente bueno lo nuestro es el conocimiento científico, entonces desde ahí llevar propuestas para ir logrando estas lecturas más integrales verdad que posibiliten una respuesta realmente nacional integral

EA- Una contribución

RC- Exacto, pero a veces lo que se identifica es eso que cuando se empiezan a generar las tensiones el espacio se deja y no se hace el aporte que la academia debería de estar...

EA- Pero digamos más allá de esas tensiones que puedan darse en ese mismo ente colegiado, sabe usted sobre algunos avances o tendencias que hay en relación a una asunción de la, de la situación de VIH-SIDA desde la academia, hay avances, hay proyectos, hay...

RC- Ósea se ha venido trabajando con algunos proyectos en la línea de capacitación, capacitación de personal que atiende verdad a las personas con el VIH-SIDA, sus familias, y últimamente un proyecto de capacitación a periodistas verdad en el tema de periodismo de investigación aplicado al VIH-SIDA tratando también de aportar a que desde los medios de comunicación se vaya abriendo también él, el enfoque y luego a través de un proyecto que ya tiene 4 ediciones un diplomado en abordaje integral del VIH-SIDA verdad, luego también desde el área de Biología, Microbiología se han hecho algunos aportes ya en el tema más biológico digámoslo así verdad de la situación, y ahora se está para iniciar un nuevo proyecto en lo que es la situación del VIH-SIDA en el mundo del trabajo verdad, y son pues, pero de igual manera son proyectos que se plantean abordajes integrales, pero es como contradictorio verdad porque al final un abordaje integral solo desde la Universidad es contradictorio con lo que se pretende lograr verdad

EA- Pareciera que es una paradoja de la cual es difícil salir, me refiero a esto de cómo explicar a la gente que está o estamos muy metidos en nuestras disciplinas que estamos hablando de algo que nos convoca a todos y de remate pedimos que haya algo como que diferente pero no sabemos que es entonces como que vender algo, un poco como lo que ocurre con la discusión de la Salud Pública la crisis de la Salud Pública como que sabemos que hay algo que no está bien, lo caracterizamos

bien pero a la hora de que nos digan bueno ¿ y qué propone? , nos hallamos en una dificultad. ¿Cómo se vende ese proyecto?

RC- Bueno precisamente porque no se ha hecho el ejercicio de dialogo ni hacia adentro, ni desde dentro con el afuera por así decirlo verdad, es decir por ejemplo estos proyectos, algunos de los cuales se han venido coordinando desde la propia Vice rectoría académica, su, su, su diseño es fundamentalmente multidisciplinario, no ha avanzado siquiera a lo interdisciplinario verdad sino que se convocan académicos de diferente disciplinas y se dice bueno, vamos a elaborar el programa de un diplomado, si hay algunas reuniones como para poner en común los objetivos generales, el propósito, pero luego se le dice a cada representante de una disciplina, usted escriba su parte entonces al final el diplomado es una suma de, de disciplinas que es la multidisciplinareidad verdad

EA- Decía un jefe mío que lo único que une al proyecto es la grapa.

RC- Es la grapa, Augusto Serrano usa mucho esa.... Verdad, entonces al final lo que une al programa es la grapa. Pero si recuerdo que en el primero, hubo un ejercicio que se avanzó un poco hacia la interdisciplinariedad que fue cuando se diseñó el primero de estos diplomados verdad, que realmente ahí fueron 6, 7 semanas de debate casi diario en donde verdad gente del área de la comunicación, ciencias sociales, ciencias de la salud, ciencias económicas, filosofía, se partió de un debate y que los productos del debate fueron los que luego se sistematizaron en el programa, pero esa dinámica tan rica y que permitió rupturas y que de hecho se tradujo en aprendizajes de los cursantes y del propio equipo docente verdad pero que se abandonó entonces es cómo de retomar ese camino ya iniciado, darle continuidad e ir avanzando hacia esa transdisciplinariedad.

EA- Quizás retomarlo hacia adentro del núcleo.

RC- A eso me refiero verdad establecer el dialogo interno pero abierto con el dialogo externo porque también en esa, en esa experiencia se acompañó el debate de, de los académicos con diálogos, recuerdo que se hicieron diálogos con personas viviendo con VIH-SIDA, con personal que trabaja en los CAI, con la misma CONASIDA que fueron debates muy fuertes verdad pero todo eso al final enriqueció la propuesta y considero que fue quizás el principal factor para el impacto favorable de esa primera experiencia pero que no se dio en posteriores... Se discontinuó ese proceso de construcción que ya apuntaba a la interdisciplinariedad

EA- O a la trans,

RC- Y quizás a futuro a la transdisciplinariedad pero claro ahí también volviendo al tema de la Cooperación Internacional como no hay una respuesta nacional donde el Estado en su agenda de estado coloque el VIH-SIDA con alta prioridad, la dependencia hacia la cooperación técnica y financiera externa es alta, entonces la cooperación tiene unos tiempos muy de, de, un enfoque pragmático verdad, de resultados, de donantes a los que hay que rendir cuentas y el trabajo de construcción de inter y transdisciplinariedad tiene unos tiempos diferentes entonces de nuevo en aquel momento de esa experiencia positiva se logro que el ente cooperante entendiera que habían unos tiempos académicos que eran los que iban a posibilitar el impacto del proyecto, entonces se dieron 7, 8, 10 semanas de proceso verdad, pero ahí de nuevo verdad la, la academia se volvió a acomodar digámoslo así, cayó, descuido sus tiempos académicos y entro en los tiempos de la cooperación nada más que es de, son más pragmáticos, porque claro la cooperación son resultados de corto plazo, presupuestos realmente anuales o a veces de menor periodo, entonces ahí

también en ese dialogo la academia tiene que cuidar que esos tiempos de maduración para el dialogo tienen que darse.

EA- Ahora esa experiencia tan rica y que tuvo ese impacto que usted menciona, quizás como un ejercicio previo, hasta dónde usted visibiliza que pueda ser factible algo similar pero ya no hablando-

RC- Discúlpeme

Interrupción

EA- Le decía esa experiencia en ese ejercicio que pretendía ser más allá de lo multidisciplinario y que tuvo tan buen suceso, hasta dónde puede ser, podría ser tomado como un ejercicio de digamos en pequeño de que podría hacerse a nivel de la Universidad como tal, es decir aquí hablamos ya no de profesionales, aquí hablamos de disciplinas, de facultades, de carreras, muchas de ellas que tienen una clara verdad, un claro papel en la respuesta nacional que podrían tenerlo. Hasta dónde visibiliza usted posibilidades de que eso pueda darse a nivel ya no de capacitación sino de formación me refiero ya a que se yo modificación o inclusión en pensum académicos de cosas más concretas.

RC- Bueno de hecho se tiene una primera aproximación en ese sentido verdad porque en ese momento se, se diseñaron 2 intervenciones, este diplomado de abordaje integral y también un micro curriculum en VIH-SIDA, y ese micro-curriculum también fue producto de un dialogo a lo interno interdisciplinario pero también un dialogo hacia afuera verdad, se sistematizo todo eso en un micro curriculum y ahí la propuesta en aquel momento estaba orientada a que ese micro curriculum se implemente en todas las carreras

EA- En todas las carreras ajá, ajá

RC- En todas las carreras, iniciando por supuesto con un pilotaje verdad para hacer las mejoras, etcétera, y trabajando en este caso por campo del conocimiento con estrategias diferenciadas ósea, porque no es lo mismo implementarlo en ciencias económicas que en ciencias medicas verdad o en humanidades y artes entonces había la propuesta de iniciar con cada..., pero no solo a nivel interno sino traer a ese dialogo de nuevo verdad grupos, personas externas verdad para ampliar el dialogo recuerdo que habíamos hablado de traer los colegios profesionales, las instituciones rectoras de la economía, de la, de la cultura, de la salud...

EA- Trascendiendo ya

RC- Exactamente verdad, para diseñar las estrategias ya particulares por campo de conocimiento.

EA- ¿Y qué, qué ha pasado?

No sé, se le dio continuidad verdad precisamente hace unas semanas conversábamos de que es parte de la responsabilidad de la institución retomar ese esfuerzo y darle continuidad precisamente para ya poder aportar a la respuesta nacional una respuesta institucional como, como, Universidad y porque no invitar a las otras instituciones de educación superior públicas y privadas a sumarse así como ahora se está trabajando a nivel de todo el sistema de educación superior por ejemplo transversalizar el eje de ambiente igualmente transversalizar verdad por ejemplo un eje...

EA- Ajá que quizás uno de los retos interesantes que usted proponiera cambiar el nombre verdad

RC- Exactamente producto de ese ejercicio verdad de manera que sea significativo no solo para el ámbito biológico o de la salud sino realmente...

EA- Ahora ese esfuerzo en ese momento digamos que fructifico el de la capacitación, el del diplomado el otro quedo por así decirlo en la etapa de...

RC- En etapa de diseño, de diseño no se implementó

EA- De diseño ajá, y digamos ese avance que se tuvo hasta dónde fue socializado con los digamos encargados o jefes de unidades académicas

RC- Se hizo una socialización con los 67 jefes de departamentos que tiene la universidad y el siguiente paso era precisamente pasar ya, una vez que se tenía el conocimiento de la propuesta general pasar ya a hacer el diseño desde la naturaleza de los campos del conocimiento, ese paso ya no se dio verdad porque recuerdo que en ese momento hubo un cambio en ONUSIDA, salió la, la representante que tenía toda esta visión incluso la toma de decisión de darle un espacio a la academia para que, surgió precisamente de, de la persona, entonces luego hubo un vacío de, de casi un año a nivel de..., entonces se, ya no habían recursos verdad, todo el apoyo técnico que todavía se requería para pasar a la etapa de implementación, no se dio, hubo como realmente una ruptura que duró casi año, año y medio verdad y en ese tiempo pues la propia Universidad entró en otras prioridades del proceso de Reforma y esto fue quedando...

EA- Claro, pero digamos que a unos, eso fue como 2005-2006 recuerdo yo.

RC- Exactamente 2006

EA- A unos 5 años de esa experiencia y teniendo ese avance digamos ya de alguna manera logrado, qué posibilidades ve usted en la actualidad desde este otro ámbito ya en la academia de poder lograr, que se yo, apoyo o algunas de estas aéreas que se están abriendo de cooperación ya en esta nueva etapa de la Universidad para que eso pudiera dársele seguimiento.

RC- Bueno nosotros en el análisis de factibilidad que hacíamos unos 2 meses identificábamos que es alta la posibilidad de retomar la propuesta, ajustarla en lo que sea necesario verdad, por lo que decíamos porque en lo sustantivo la situación que tenemos hoy no es mejor que la que teníamos hace 5 años, al contrario ha aumentado la complejidad, la fragmentación, más actores interviniendo pero cada uno desde su ámbito con, verdad, no conozco cómo estará la CONASIDA en este momento verdad pero la percepción es que tampoco ha avanzado en asumirse como, y en legitimarse como la instancia nacional de coordinación, de conducción, percibo que no ha habido ahí tampoco, bueno algo, no solo es percepción tuve oportunidad de acompañar en algunos momentos la evaluación de los objetivos del milenio la última que se hizo y fui invitada precisamente a la mesa de VIH-SIDA y la información que se presentaba evidenciaba que realmente verdad no, no ha habido avances sustantivos ni hacia la respuesta nacional ni hacia una conocida legitimada la mayoría por lo menos de los actores nacionales e internacionales verdad de, de.... Verdad entonces en ese sentido yo creo que la Universidad está como le digo llamada a retomar ese proceso darle continuidad, mejorarlo en lo que haya que mejorarlo y hacerlo realmente un proceso convocante porque desde allí como le decía desde como quedó diseñada la propuesta es una propuesta incluyente, convocante a diferentes actores y se tome una real vinculación y ante los cooperantes pues llegar con una posición propositiva, no solo de recibir sino bueno nosotros aportamos esto verdad a la respuesta nacional.

EA- No sé Rutilia si para finalizar le gustaría algo en especial que haya quedado no dicho.

RC- Bueno referente a lo que usted preguntaba de la factibilidad o la posibilidad creo que en coherencia con el nuevo modelo educativo que tiene la Universidad, esta pudiera ser una línea de trabajo prioritaria para hacer realidad lo que el modelo educativo plantea verdad de tener como referente las prioridades de país, el trabajo inter y transdisciplinario, la vinculación Universidad – sociedad a través de proyectos y programas y también él, la contribución de la Universidad en ámbitos sobre todo del campo de las humanidades, el tema de los derechos, etcétera. Entonces me parece que la implementación del modelo educativo nos abre todo un espacio de oportunidad para que la Universidad se posicione desde su identidad institucional académica en este, en esta situación y de un aporte real y efectivo a la construcción de esa respuesta nacional que todavía yo considero no lo tenemos.

EA- Si obviamente en relación al tema pues está claro, pero ahora que usted lo menciona y hace un momentito que hablábamos sobre esa transdisciplinariedad ansiada cómo valora usted los avances que ha habido en el entendimiento no digamos la implementación del modelo educativo.

RC- Bueno con los grupos que se ha trabajado desde las bases teóricas y conceptuales del modelo no identifica que si es un elemento motivante pero que todavía tenemos un vacío en el método que traducido al campo educativo serían las didácticas, desde la didáctica para que, porque el modelo entusiasma a la gente, reconoce que hay que dar el salto hace una auto reflexión y una autocrítica a sus praxis verdad pero cuando viene la... bueno ok, estamos dispuestos, tenemos claro hacia dónde, cómo lo hacemos, ahí tenemos un vacío que hay que trabajarlo pronto y desde este, de este, un concepto amplio de didácticas porque no es la didáctica, son las didácticas que son los medios para que el modelo ya se concrete y llegue ahí a la relación docente-estudiante que es al final la prueba de fuego de que el modelo se ha implementado.

EA- Claro porque estamos hablando diría yo que son 2 caras de una misma moneda, estas didácticas y la transdisciplinariedad como tal.

RC- Exactamente verdad, entonces la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad reclaman de didácticas diferentes y partiendo de ahí de dejar de hablar de la didáctica, y pasar a hablar de las, en plural porque son diversas verdad en función de la naturaleza de..., y si no logramos eso y queremos como se llama...

EA- Por decreto

RC- Una didáctica no verdad entonces vienen las resistencias vienen los conflictos que no facilitan definitivamente ni el trabajo inter ni mucho menos el transdisciplinario.

EA- Y me imagino que ese está como uno de los, por así decir de las prioridades.

RC- Está definitivamente, una vez que se finalice la etapa de socialización del modelo hay que entrarle con prioridad esperamos desde el primer periodo 2012 al tema de las didácticas.

EA- Pues me alegra mucho escuchar esa última parte porque ese es un poquito el callejón sin salida llegar al cómo

RC- Así es pero allí el camino está ahora vamos a meternos en el verdad con ganas para avanzar

EA- Pues le agradezco muchísimo, muchísimo.

RC- Bueno espero en algo haberle ayudado.

Fin de la entrevista

ANEXO T. GRUPO DE DISCUSION FORO NACIONAL DE SIDA CHOLUTECA

9 DE JULIO DEL 2007

Participantes:

José Manuel López, Comunidad de Altamira desvió de Namasigue vengo representando a los grupos de auto apoyo de los departamentos de Choluteca y Valle.

Justo Marcel Paz, soy coordinador de la Liga de la Juventud aquí en la ciudad de Choluteca contra el VIH Sida, también estamos asesorando a la Liga de la Juventud del Triunfo y somos un grupo que pertenece al Foro Nacional de Sida.

Cristina Munguia, estoy en representación de Ayuda en Acción ONG que también trabaja en la prevención del VIH Sida y estamos con sede en Orocuina.

Ligia Tabora.- muchas gracias a todos por estar aquí, yo soy la Presidenta del Foro Capítulo Choluteca.

Nery Luz Zúñiga.- yo trabajo con Sipe Consultores también es una ONG Hondureña tenemos alrededor de seis años de estar en Choluteca trabajando en programas de desarrollo y fortalecimiento a labores sociales, también tuvimos la oportunidad de trabajar en un proyecto de prevención en el tema de prevención de VIH Sida en la zona de Marcovia, somos miembros del Foro y a través del apoyo que hemos recibido del capítulo hemos logrado tener bastante logros internacionales con este programa.

Sandra Corrales, soy de la Junta Directiva del Foro Capítulo V.

Martha López, soy coordinadora del proyecto Observatorio Ciudadano en Choluteca y también voy a contar alguna experiencia que tuvimos coordinando actividades cuando fui coordinadora del proyecto Jóvenes sin Fronteras que trabajaban en prevención del VIH con la población joven.

Rubenia Escalante, pertenezco a la empresa campesina Lucia Moro y también he participado en varias charlas de la Red de Abuelas del Municipio de El Triunfo.

Teodora Galeas, coordino la Red de Abuelas.

Jaime Antonio López, vengo de un Municipio en Namasigüe soy coordinador en la Alcaldía de Namasigüe.

JEO.- gracias a ustedes por la bienvenida, yo estoy seguro que este va a ser un producto super interesante que analizado junto a los otros grupos focales nos va a arrojar mucha información sobre todo de cómo mejorar esa dinámica, partamos por lo primero entonces. Nosotros sabemos que foro se encuentra ahora en un periodo de transición, de transición hacia su independencia, hacia una dinámica de trabajo mucho más en las bases en ese sentido ¿cuáles serían para ustedes las nuevas orientaciones,

los objetivos o los nuevos énfasis que tiene el Foro VIH Sida acá en la zona de Choluteca?

Ligia.- El Foro ha estado actualmente dando seguimiento a los proyectos que han estado ejecutándose en la zona, ha logrado una independencia, sería como una organización que apoyaría a las otras organizaciones y a la coordinación de su trabajo. También sería como parte de la gestión del Foro ejecutar proyectos, que la población va sobre cada una de las organizaciones miembros del Foro plantee propuestas para aquellas que puede dar seguimiento, que sea como una organización enlace del Foro Capítulo Sur al Foro Nacional de Sida en Tegucigalpa. Un gran objetivo del Foro sería canalizar la gestión de propuestas del proyecto a nivel nacional, propuestas que se puedan ejecutar a nivel de la región sur, de Valle, El Paraíso, otra línea estratégica que podría ser parte de gestionar las propuestas mantener la coordinación que siempre se ha tenido con las ONG's, que han ejecutado proyectos de prevención en el tema de VIH, dar seguimiento a la población meta, dirigir programas y proyectos hacia mujeres y hombres trabajadores, personas viviendo con VIH, o sea ser un organismo de más apoyo en todo lo que tiene que ver el tema tanto de prevención como de seguimiento a las personas que viven con VIH.

Cristina.- el Foro lo visualizamos como aquella organización que está rigiendo al resto de organizaciones que está trabajando en la base en la prevención del VIH, lo han estado haciendo pero que no se rompa ese enlace de Foro-Zona Sur que siempre este rigiéndonos a todas las organizaciones que estamos con la base y que no se rompa ese espacio que hay del Capítulo Zona Sur y el enlace con el Foro en la oficina nacional, en la unidad técnica en Tegucigalpa. Importante es también el hecho de que Foro cuente y mantenga esa propuesta de sacar de la base los proyectos siempre para llevarlos hasta la oficina en Tegucigalpa. Dirigiéndonos hacia esa parte, hasta el momento nosotros siempre sentimos ese apoyo que nos da Foro Zona Sur, específicamente hablando sobre la asociación con que nosotros trabajamos, Orocuina, Liure allí siempre ha habido una buena relación. Pienso que las líneas estratégicas deben ir en relación a eso que se mantenga ese liderazgo, que Foro tiene que ser quien esté rigiendo al resto de organizaciones, que tire las líneas y la pauta para que podamos seguir trabajando en la base, y por qué no que en algún momento Foro sea también parte capacitador de la población.

JEO.- ok se ha hablado de mayor apoyo, se habla de coordinación, pero pensemos en los objetivos del Foro, para qué es el fortalecimiento, para quien es ese apoyo, cuáles serían al final los objetivos del Foro a nivel nacional y específicamente aquí en Choluteca?

Nery.- Foro fue creado como una instancia no gubernamental para dar seguimiento a las políticas y a la legislación en materia de VIH, como instancia a nivel nacional de dar seguimiento al fiel cumplimiento de la Ley y hacer incidencia a nivel de los gobiernos locales, a nivel de los municipios aquí en donde más se trabaja, si uno revisa los planes estratégicos a nivel municipal uno no encuentra ni una tan sola actividad orientada a lo que es la prevención y menos en lo que es el presupuesto municipal para dar un apoyo a las personas viviendo con VIH y no digamos en este mes de intensificación mucho menos, creo que el Foro si lo vemos a nivel del Sur, sería una instancia de seguimiento y de incidencia a nivel de los gobiernos locales.

Ligia.- hablando un poco sobre lo que Nery decía yo veo al Foro como esa instancia de transferencia de conocimiento tanto interna como externa. También como Foro hemos

estado elaboramos nuestro plan estratégico, no sé si ustedes lo conocen, el cual se trabajo con todos los capítulos, algo muy importante que hablamos en nuestros proyectos era eso la transferencia de conocimientos, cuando usted preguntaba fortalecernos quién o para qué?, yo siempre he visto al Foro como ese ente que coordina, no tanto como un ente ejecutor sino de coordinación en donde todos podamos dialogar y podamos sacar frutos para el producto determinado en tal población o en tal comunidad. Algo importante de nuestro plan estratégico es la incidencia política por todo lo que se está dando en nuestro país, hablando un poquito también de la auditoría social, creo que es muy importante que nosotros como Foro nos fortalezcamos y que nuestras bases se fortalezcan porque lo que pretendemos es que haya una participación ciudadana donde verdaderamente los líderes que están en las bases participen y tengan esos conocimientos para poder llegar a sus autoridades locales para solucionar determinados problemas o algo que ellos necesiten.-

JEO.- a ver, si tuviéramos que pedirle dinero a la Cooperación Sueca para que siguiera apoyando a Foro, a donde llevaríamos ese dinero, a que actividades concretas, usted que tiene experiencia en temas de madres.

Martha.- lo que pasa es que nosotros como Foro llevaríamos ese fondo: uno, en la capacitación de los líderes comunales, el otro sería a proyectos de desarrollo de los mismos miembros de la familia; y otro sería gestionar más el fortalecimiento de lo que tenemos y ese fondo nos daría más vida, más fortaleza. Sé que lo que está pasando, que la transición es un paso fuerte, difícil porque nos ha costado, pero si nosotros tenemos fondos nos saldrá mejor y más fácil, nos capacitamos todos, formamos microempresas y también estudian lo que son huérfanos de padre y madre. Yo estoy viviendo una experiencia, nosotros desde el punto de vista de las tiendas comunitarias, las abuelas hemos podido generar ingresos para ayudar a los jóvenes para que estudien, a otros les damos capacitación en manualidades, también que lo que se haga se tenga en la tiendita como los caramelos, el pan, la jalea que son cosas manuales que ellos las pueden reproducir y venderlas. Nosotros haríamos un gran trabajo si el Foro nos da esos fondos y también fortalecería todas las organizaciones existentes aquí en la zona.

JEO.- perfecto pero justo una cosa es tener el dinero para hacer microempresa, etc., etc., pero te va a preguntar la Cooperación ¿pero queremos cosas concretas, y esos resultados concretos tienen que ver con el problema del VIH Sida, cuál es el fin aquí?, es el VIH Sida no generar micro empresas o que crezcan mas las organizaciones, que ocurre con eso?

Justo.- es algo bien analítico desde un punto de vista, por ejemplo, en lo que es el aspecto de juventud cuesta lograr una formación, si a nosotros nos dieran la oportunidad de fomentar un proyecto, por ejemplo a nosotros como Liga de ser autónomos, ya ir pensando en una independencia porque posiblemente llegue un momento en que ya no tengamos ayuda económica de organizaciones entonces hay una visión más autónoma de incidencia política y una de las cosas que hemos tenido en esos temas de prevención de VIH Sida es que hemos incidido en muchos eventos, en muchos colegios en donde se ha reconocido, donde se ha sensibilizado podríamos decir a la población joven y a la población en general sobre la temática porque uno de los aspectos que más esta atacando el VIH es a la población joven. A veces para que nos puedan dar algo tenemos que dar resultados, si hay un líder que no da resultados hay que cortarlo definitivamente, entonces sería el crear estrategias de trabajo en prevención de VIH Sida y en sensibilizar al pueblo principalmente en las áreas jóvenes y

creo que hoy en día poco a poco con lo que se ha venido haciendo desde el año 2002 hasta el 2007, yo comencé de 14 años, ahora tengo 19 años he visto que ha habido cambios bruscos en la forma de pensar de la gente sobre la temática del VIH Sida, principalmente en los jóvenes, una vez que yo salí del colegio vi que no era lo mismo que ya uno no podía ponerme a hacer picardías, había que pensarlo porque ya nos habían sensibilizado en lo de las 4 letras y en tantas cosas, yo salí de un colegio técnico, me gradué de mecánico y la verdad que era un poco brusco pero después de tomar las capacitaciones pues cambie mi forma de pensar, si pudiéramos como población joven seguir con este mismo proceso, si se pudiera continuar teniendo el apoyo tanto logístico como económico, creo que podríamos incidir mucho más.

JEO.- y usted Rubenia que opina, usted es una de las capacitadas por el Foro?

Rubenia.- creo que es importante seguir ejecutando y que así como ellos han sabido administrar todo, han sabido también planificar, entonces siempre seguir con lo mismo.

JEO.- qué ha ganado usted ahora que ha sido capacitada, que siente que ha ganado?

Rubenia.- bueno yo antes tenía mi mente bien atrasada y hoy no, porque a través de las capacitaciones uno aprende varias cosas, la señora fue a aprender a Paso a Paso y luego vino a darnos las capacitaciones, allí fue donde vimos que es importante estar bien organizados y tener las bases bien organizadas.

JEO.- ustedes han ganado en conocimiento y en organización después de las capacitaciones, puede poner un ejemplo de eso?

Rubenia.- bueno cuando nosotros empezamos y no estábamos organizadas éramos un grupo pequeño, no teníamos ni junta directiva, hoy si tenemos nuestros miembros directivos, cada quien trabaja en sus parcelas, salimos a vender porque nuestra empresa se dedica al procesamiento hacemos vinos, jaleas, caramelos, las capacitaciones que yo recibo las vengo a dar aquí y a ellas les parece mucho. Por ejemplo la señora nos vino a dar la capacitación de la araña y allí vimos que con un miembro que no funcione bien se pierde la dirección, mientras que si todos estamos bien organizados no se fracasa.

Sandra.- hay otra forma también de promocionar la prevención del VIH Sida se está trabajando en la creación de la Universidad Popular, ya se hizo el primer contacto a nivel de la Corporación Municipal, estuvieron reunidos cinco regidores, se les explicó que a través de la Universidad Popular se puede trabajar lo que es prevención, a los regidores les pareció excelente aunque extraño porque por lo general se está tratando la prevención de otra forma pero nos dijeron que contáramos con el apoyo. Quedó pendiente la reunión con el Alcalde pero ellos le llevaban la idea, les interesa mucho, yo creo que este es el momento que hay que aprovechar.

JEO.- una pregunta: qué ganamos con una estrategia de prevención a través de la Universidad Popular, cuál es el valor agregado respecto a formas tradicionales de prevención?

Sandra.- es otra forma de hacer prevención en cuanto a los grupos vulnerables, se ponía un ejemplo que van a haber varios grupos trabajando en prevención varios grupos pero con diferentes formas de prevenir y que sea esa población la que tenga acceso,

por ejemplo los que educan, las vendedoras, o sea un campo bien abierto, ya no va a ser entre cuatro paredes sino que abierto.

Cristina.- si para complementar lo que está diciendo Sandra, cuando nosotros damos una capacitación siempre es a grupos organizados, o a grupos que se quieren fortalecer, lo que pretendemos con la Universidad Popular es que lleguen ese tipo de personas que todavía no han sido intervenidas, por ejemplo las vendedoras de tortillas que están en las esquinas del mercado o los vendedores del mercado, que sean intervenidas en una forma más directa para que tengan conocimiento, porque esa es la diferencia a veces hay grupos a los que se les da la información pero no conocimiento que el proceso sería un poco más largo, lo que pretendemos es que también ellos que no han tenido la oportunidad de ir a una Escuela, a un Colegio, o a una Universidad puedan conocer por qué en la Universidad Popular no solo vamos a hablar de VIH Sida, vamos a hablar de género, proceso reproductivo, todos esos temas que nos llevan al VIH, es un poco darle la oportunidad a toda la población para que tengan el conocimiento de esos temas.

JEO.- amigo José suponga usted que viene alguien del gobierno de Suecia con dinero para apoyar el Foro y le pregunta a usted ¿cuál es el objetivo principal del Foro de VIH Sida?

José.- el objetivo sería poder sacar adelante a la población en conocimiento en lo que es prevención de VIH, porque de repente cuando vamos hacia la población hay personas que tienen ese temor, tienen ese miedo cuando se habla de VIH, lo que nosotros queremos es poder llegar a todos los sectores que en realidad se den cuenta de que..... nosotros como grupos de auto apoyo nos sentimos muy agradecidos porque es un paso más que hemos dado, formamos el primer grupo y ahora de ese grupo hemos formado 4 más, para hablar de VIH y para que ya ningún joven tenga ese temor, llegar más adentro en la población y hablarles para que ya nadie tenga temor.

JEO.- amigo si le pusieran el dinero sobre la mesa y le dijeran a que proyecto prioritario aquí en Choluteca tiene que entrar Foro, a donde invertiría usted primero, que le dijeran tome \$100,000 para invertir en VIH Sida?

Jaime.- bueno hablando en mi Municipio, mi misión en primer lugar es apoyar directamente a la juventud porque son los entes más vulnerables, mi idea sería crear un centro de capacitación de formación para el joven, porque en mi Municipio no hay donde formar a la juventud, entonces mi principal objetivo es conseguir un centro de formación juvenil, yo ya he hecho gestión con el IHCAFE y con Infop para que nos apoyen en cualquier capacitación o formación, manualidades mi idea es hacer una manualidad llaveros con 10 pasos para usar el preservativo que quede en una presentación bien bonita y poder dárselo a la juventud.

JEO.- pasemos a un segundo tema, usted quiere agregar algo?

Cristina.- si principalmente considero hay que invertir en la niñez, en la adolescencia y en la mujer, tres grupos altamente vulnerables, en la mujer trabajando desde la equidad de género para ir minimizando ese riesgo que tenemos como mujeres ante el VIH Sida, en la adolescencia considero que las aportaciones y fortalecimiento a los grupos de jóvenes son importantes Foro ha invertido en jóvenes, yo he trabajado con jóvenes que ya tienen la intervención con Paso a Paso lo que ha sido excelente y ha habido mucha replica con respecto a eso. Trabajo específicamente en las comunidades más

postergadas en Orocuina, Apacilagua en donde hay mucha necesidad educativa en los jóvenes, también estoy interviniendo en Liure, comunidad específica en donde hay mucho embarazo en la adolescencia y es importantísimo el trabajo, apoyar a los adolescentes e intervenciones con la niñez. Sabemos que en este momento el gobierno todavía está trabajando en las guías de sexualidad, pero es importante que Foro tenga una línea estratégica y como objetivo trabajar niñez, adolescente y en la mujer.

JEO.- hay dos cosas que le importan a la Cooperación Sueca que tienen que ver con objetivos o con líneas de trabajo que ha venido desarrollando Foro, la primera es que las iniciativas surjan de las propias comunidades y la segunda tiene que ver con realmente la creación de las capacidades a nivel de los capítulos, conversemos un poco respecto de eso, dos temas primero si las iniciativas salen de las comunidades y segundo si realmente se han fortalecido las capacidades, las organizaciones o los miembros del Foro en Choluteca? Martha quiere partir usted?.

Martha.- bueno en el trabajo que se ha realizado en cuestión de las iniciativas si surgen a veces de las comunidades o de las organizaciones, porque todos tenemos una forma de trabajar y a veces la planteamos a los demás y trabajamos en conjunto para coordinar las actividades o coordinar acciones y lograr un gran objetivo. También en capacidades pienso que si hemos logramos mucho porque sabemos que el personal de Foro que está en la oficina no es suficiente para llegar a cada una de las organizaciones o de la población, como decía Cristina, si hablamos de Comunidades, Municipios o Aldeas que es lo que se puede capacitar, digamos en Orocuina, Namasigue, El Triunfo, hay varias organizaciones entonces hay que capacitar a las personas de estas organizaciones para que sean ellos los que puedan llegar a esta población para que ellos hagan el efecto multiplicador y no duplicar los esfuerzos.

Rubenía.- precisamente lo que dice Martha eso que el Foro aquí en el Capítulo de Zona sur tiene personal capacitado pero sus brazos no se extienden hasta las comunidades más alejadas y por eso es que estamos nosotros las organizaciones que tenemos presencia allí, necesitamos que sigan esa línea de fortalecimiento de esas organizaciones y de enlazar, que no se suelte y que se siga fortaleciendo para poder llegar a esas comunidades más lejanas. Con relación a si las propuestas surgen desde las comunidades pues siempre he visto al Foro en esa posición de querer adoptar y querer obtener las ofertas directamente desde la base, lo más importante que quiero rescatar es ese hecho de que se fortalezcan las relaciones del Foro para el resto de las organizaciones, cuando yo hablo de que el Foro es el ente que puede regular o establecer, es a eso porque tenemos organizaciones de base que trabajamos allá largo y que no sabemos trabajar en la posición de VIH, es importante que el Foro extienda sus brazos, sus alianzas un poco más allá a áreas rurales postergadas, es importante eso.

José Manuel.- si lo que estamos hablando de las comunidades es importante porque de repente me gusta recordar el nacimiento de nosotros como grupo de auto apoyo, nosotros nacimos aquí en Choluteca comenzamos con 17 personas, habíamos 10 de Choluteca, 4 del Triunfo y 3 de Valle, luego fuimos al Foro, porque de repente las organizaciones lo solicitamos pero no tenemos la capacidad entonces siempre el Foro está para apoyarnos, bueno iniciamos esas 17 personas después fuimos avanzando, fuimos atrayendo mas personas y luego decidimos que habíamos muchas personas en este grupo, entonces formamos un grupo en El Triunfo, fuimos con el Foro, luego vimos que en el de Choluteca había quedado gente de Choluteca y de Valle, ya El Triunfo tenía su grupo y con el apoyo del Foro lo estaban capacitando en todos los temas, luego

fuimos con Foro a hacer un grupo a Nacaome, fuimos los coordinadores con los grupos de auto apoyo, porque ya habíamos coordinador en Choluteca y coordinador en El Triunfo y con mas apoyo fuimos a formar el grupo a Nacaome, pero luego vimos que el de Nacaome ya no se daba abasto y formamos entonces otro grupo en San Lorenzo, ya éramos tres coordinadores y siempre el Foro, yo les digo que a mi me van a tener todo el tiempo que yo pueda, yo quiero que me apoyen en esto, para el primero de agosto tenemos una reunión importante que ya Ligia tiene la invitación como Foro, tenemos una reunión porque Choluteca ya necesita formar dos grupos más de auto apoyo.

JEO.- cuántos grupos de auto apoyo tienen hasta el momento?

José Manuel.- hasta ahora habemos cuatro.

JEO.- cuántas personas en total forman parte de un grupo de auto apoyo?.

José Manuel.- el del Triunfo tiene más de 300 personas.

JEO.- porque usted dice vamos a pedirle a Foro, porque no dice vamos nosotros?

José Manuel.- o sea como grupo de auto apoyo, me voy como grupo de auto apoyo.

JEO.- pero va a pedirle a Foro, por qué, si usted es Foro?

José Manuel.- no es porque nosotros siempre hacemos solicitudes para que Foro vaya siempre.

Ligia. – si de lo que está hablando Manuel es del acompañamiento, cuando usted nos pregunta sobre las iniciativas de la comunidad y de las capacidades en los capítulos, yo creo que si que hemos logrado mucho porque recuerdo cuando iniciaba el capítulo que gracias a Dios he tenido el privilegio de estar desde el principio en diferentes marcos como asistente técnico, como oficial técnico en todo eso, hasta yo misma me meto en el mismo producto de las capacidades que se han dado, del crecimiento que he dado, en ese sentido verdaderamente le agradezco a Foro lo que yo soy en este momento porque nos ha dado esa oportunidad de crecer. Creo que el grupo que hoy está aquí, somos grupos líderes de nuestras organizaciones así que creo que es más que evidente que es un grupo donde Foro ha transmitido muchas capacidades a cada uno de acuerdo a los lugares donde estamos y de acuerdo a las poblaciones que hemos tenido, cuando Foro inicio recuerdo que solo estaba el grupo de El Triunfo pero estaba tan corto porque las personas que habían iniciado el proceso del grupo habían fallecido entonces había disminuido el proceso, pero luego se empezó a fortalecer ese equipo y ahora tenemos gente que está en otras instancias trabajando, por ejemplo la coordinadora del grupo del Triunfo está dentro de lo que es la Red de Mujeres Positivas, lo que pasa es que a nosotros a veces nos cuesta reconocer quién nos apoya, porque somos egoístas cuando nos proporcionan las herramientas y aprendemos, pero cuando ya las conocemos se nos olvidó quién nos proporcionó y entonces estamos a título personal, pero yo creo que no, que esa es una falta del ser humano que a veces nos cuesta reconocer nuestro ombligo. Creo que Foro tiene muchas capacidades instaladas, evidencia tenemos el grupo de las abuelas, como decía Manuel simplemente coordinan con nosotros más que todo por el acceso que nosotros tenemos a Internet, facilidad de hacer notas, hacer un poco el diagnóstico, apoyarles en lo que es una propuesta técnica, ellos traen sus ideas, y no como en un inicio cuando se estaban formando que uno les decía “miren que les parece esto”, pero ahora no, ahora es propositivo por

ejemplo estamos queriendo participar en un evento que hay en Tegucigalpa para ir a dejar una propuesta para los niños huérfanos pero lo que se va a llevar es lo que ellos ya coordinaron, lo que ellos ya sacaron de su diagnostico es lo que se va a plantear en la propuesta que hagamos. Evidencia también es SIPE, porque una de las particularidades de la Zona Sur, y ustedes bien lo saben, es que aquí no hay muchas organizaciones que trabajen el VIH, el tema específico del VIH son muy pocas entonces el Foro se marco mucho aquí en la zona, porque como siempre es el que ha estado allí viviendo o reviviendo el tema para que no se olviden de él. Lo que nosotros estamos haciendo es trabajar con estas organizaciones que no tiene el tema para que se apropien del tema, para que vean esta necesidad porque hay organizaciones que llegan a grupos donde nosotros quizá no hemos llegado, por ejemplo yo no voy a llegar a un grupo de campesinas porque ellos viven en la montaña por decirlo así, pero yo se que si capacitamos a los grupos de directivos de la Red de Abuelas por ejemplo, se que yo podría llegar, también hemos capacitado a José Manuel y a otros miembros de su grupo de auto apoyo y yo se que ellos han llegado a otros miembros del grupo que no se dejan ver de uno, por decirlo así, a los que todavía están guardando su confidencialidad, su derecho de no decir que es 0 positivo, entonces uno llega hasta un peldaño y ellos llegan a otro. Ese es un poco el acompañamiento que el Foro ha hecho en este proceso de capacitación, pero sí creo que muchas de las cosas que hemos logrado se debe al buen manejo que han hecho de facilitar, de potenciarnos con muchos temas, porque si aquí usted hablaba de la Ley Especial la gente se quedaba muda porque la gente no la conocía, nosotros ahora hemos tenido actividades de auditoría social por qué?, porque conocimos la Ley, porque sabemos cuáles son nuestros derechos y le hemos dicho a la gente cuáles son sus derechos y cuáles son sus deberes, entonces yo confió que si ha habido.

JEO.- alguien que aumento capacidades respecto al tema?.

Justo.- un ejemplo que quería dar es que yo tengo 19 años, voy sobre 20 yo conocí de Foro cuando tenía 14 años, desde ese momento he estado en un proceso de muchas capacitaciones, Foro siempre ha creído en la juventud, una de las cosas que siempre me ha gustado es que ha sido como una inyección para nosotros, a veces uno necesita de esa inyección para hacer algo, nos ha dado esa oportunidad de que nosotros generemos ideas, una idea es una serie de pensamientos capturados entonces usted sabe que los jóvenes somos como computadoras, si usted me deja yo le puedo decir hasta como puede manejar el país, yo desde que conocí Foro ahora que tengo 19 años ya soy pastor de jóvenes en una iglesia, toda la capacitación que he tenido me ha servido para ir teniendo una visión más de futuro. Por ejemplo nosotros en la Iglesia tenemos una radio, Radio Visión Cristiana Internacional, tenemos un programa de 12:00 a 1:00 p.m. como ministerio de jóvenes, en el aspecto espiritual yo he crecido ya tenemos una visión de empezar a hacer evangelismo en los presidios y yo pienso que ahora ya voy a poder hablar de VIH Sida en los presidios, por qué no utilizar todo el bombardeo que me han dado a mí en cómo utilizar el preservativo; además de hablarles de Dios, todos los viernes tenemos cultos allí, entonces tener un viernes para hablar de otra temática hablar de VIH Sida. Por ejemplo, en nuestra Iglesia una vez Ligia fue testigo que andábamos entregando preservativos en la entrada de uno de los supermercados importantes de aquí de la ciudad y estaba yo entregando los preservativos cuando me ve el pastor, la Iglesia de nosotros es un poco estricta, "usted sabe que si usted da un preservativo es una antesala a la fornicación", me llamo la atención me jalo las orejas pero por qué no ayudar, al darle el preservativo no le estoy diciendo a mi hermano de la Iglesia que vaya a eso, estoy previniendo que caiga porque los jóvenes siempre caen, parte de toda la formación que Foro me ha dado yo me siento

agradecido yo ahora manejo temas de auditoría, la vez pasada quisimos hacer un tema de incidencia política con el Alcalde, que lamentablemente el que gano en Choluteca no firmo el pacto, estábamos trabajando con un grupo que se llamaba Comvida que era comunicación y vida estábamos en ese tiempo de transición y en el momento que estaban los políticos queríamos ganar y el tema que más se toco fue VIH Sida porque queríamos incidir y lamentablemente no hemos podido. Entonces volvimos a Foro, porque cuando nosotros queremos un evento está la facilidad que tenemos al Alcalde y a toda la ciudad de Choluteca porque ellos son como dijo José Manuel los facilitadores para nosotros, si yo quiero montar un evento de un campeonato de “metámosle un gol al Sida”, yo se que Foro ya me consigue todas las notas para mandárselas a todos los colegios y yo se que al siguiente día están todos los colegios participando, entonces uno ya va teniendo una visión más estratégica me conviene porque son personas que me van a facilitar conseguir aquello de lo otro nos encargamos nosotros. Nosotros los jóvenes siempre queremos probar cosas nuevas, nosotros con el Foro siempre hemos tenido eso tanto los jóvenes del Triunfo como los de aquí que nos han dejado desarrollarnos y hemos aprendido a desarrollar cualidades que nunca nos imaginamos que teníamos, liderazgo en cosas que nosotros sabemos que los jóvenes nos pueden seguir y principalmente hablar de esa temática que a nosotros nos preocupa el VIH Sida, ya que los jóvenes somos los mas vulnerables.

JEO.- Teodora en que ha mejorado sus capacidades desde que está en Foro?

Teodora.- al inicio vine como representante a una reunión del Foro y tenía miedo, miedo a la participación en el tema de VIH Sida, primero era un tema desconocido para mí, hablar del SIDA era como pecado, me daba miedo, no le tomaba mucha importancia, pero vine y me pareció bien conocer lo de la Ley en Trocaire nosotros ya habíamos hablado de derechos humanos, del derecho que tienen las personas viviendo con VIH Sida también y habíamos visto otros temas, pero en el caso de la Ley, de ir a conocer la Ley, de proteger la Ley me salía bien difícil porque yo verdaderamente leyes en mis manos no había tenido, miraba ese trabajo cuesta arriba, yo sola me discriminaba ya estoy vieja, pero me quede con esa participación, habíamos bastantes y fui electa miembro del Foro, fiscal del Foro y lo soy, ahora ya perdí el miedo, ahora soy capacitadora, nunca creí llegar a ser una mujer que intercambiaría ideas con otras personas, ya perdí el miedo, entonces vale la pena el trabajo que Foro ha hecho, nosotros parece que venimos de la misma casa y eso ha valido mucho, la solidez del Foro, hemos aprendido todos juntos, no nos vemos con desprecio y hemos aprendido a querer a los que sufren, a buscar alternativas de solución a los problemas que tienen los hermanos, de repente se muere alguien y no hay plata entonces hay que ir donde el Alcalde a tocar la puerta para que nos de el ataúd, eso ya me ha tocado a mí, yo no sabía que era puente pero ahora se que soy puente.

JEO.- en que me podría capacitar?

Teodora.- yo lo puedo capacitar en los temas de Paso a Paso, en una metodología nueva adaptada a las personas que puedan leer y que no sepan leer también, nosotros no necesitamos letras para participar en los temas, allí vamos a aprender como contrarrestar el problema del VIH Sida, porque los temas son adaptados muy claros y la gente participa, yo le puedo demostrar cómo he capacitado a ese grupo de abuelas que no sabe leer, ni escribir y como participan ellas, aquí ando fotografías en mi bolso, yo soy la que coordino la capacitación, doy los temas, veo que son muchos los conocimientos que hemos adquirido en el Foro y sus bases también, yo creo que Foro tiene fuerza.

Nery.- en cuanto al fortalecimiento de capacidades a través del Foro yo puedo decir que a nivel institucional a nosotros nos ha ayudado mucho el participar en estos procesos formativos y de capacitación. Nuestro trabajo no se ha quedado conmigo, sino que ha sido un trabajo extensivo a nivel de todas las comunidades en donde nosotros trabajamos, si vamos a dar un tema dentro del proceso de capacitación también tenemos la oportunidad de hablar de VIH Sida, hay dinámicas y técnicas que nos permiten a nosotros dar el mensaje, en la institución nosotros hacemos eso vinculamos a otras temáticas el tema de VIH, por ejemplo lo que ella explica la metodología Paso a Paso a mi me gusto mucho, participe en todo el proceso de capacitación y a su vez con los promotores vine a hacer al replica y les dije en tal tema van a introducir esta dinámica, no es que van a trabajar en todo el libro, sino que vamos a traer aquellas técnicas que realmente nos permitan ir vinculando el tema, por ejemplo hablábamos de contabilidad, hay técnicas dentro de la temática de Paso a Paso como el árbol de la economía, yo siempre les traía ejemplos bonitos de cómo se puede ir dando el tema relacionándolo con otra temática y que la gente no lo sienta como un tema brusco. A nosotros nos ocurrió, en una Aldea de Mangle y de Marcovia, ir a hablar de VIH les aseguro que el primer día no llego nadie a la reunión porque ellos creen que hablar de VIH a nivel de la comunidad es que las personas tienen el VIH y por eso no vienen, yo siempre les pedía que no lo vincularan directamente porque si no teníamos ese problema, así fuimos entrando a través de una feria educativa y de la salud y fue un espacio que nos abrió las puertas en todo lo que es renacer Marcovia, que era difícil trabajar con la población, entonces el ir brindando capacidades, ir estableciendo alianzas con otras organizaciones nos permite a nosotros lograr mayores resultados dentro de la comunidad.

JEO.- Una de las metas del trabajo con VIH Sida es que se contenga la enfermedad y disminuya, esa es como la meta base que cualquier cooperante, cualquier persona que se siente y que te coloque dinero sobre la mesa te va a decir ¿Estás contribuyendo o no a detener la enfermedad, tú crees que con las actividades de Foro aquí en Choluteca se está contribuyendo a eso?

Jaime.- creo que si porque con una persona que tome conciencia es un punto a favor, les voy a hablar de mi caso específicamente, en una alianza que hizo el Foro con SIPE Consultores. Yo entré a ser colaborador voluntario de Foro, después cuando me retire de Sipe consultores quede como un colaborador voluntario pero lo que les quiero contar es que yo tenía un temor tremendo, yo no me podía acercar a una persona viviendo con VIH Sida, es más yo perdí un proyecto que me daban de trabajar con personas viviendo con VIH Sida, luego trabajando con el Foro vi que el tema era bello a mi me habían explicado qué era el VIH Sida pero no me podía acercar a una persona, quiero contarles que en mi comunidad se capacitaron como a 60 jóvenes, luego hable con la señora del Foro en Tegucigalpa porque yo quería que el Foro tuviera una oficina, como el Alcalde era pariente mío, fui donde él y le dije que yo quería trabajar con la juventud que no quería que me pagaran solo que me dieran merienda yo tenía el conocimiento no necesitaba nada mas, pero él me dijo que no, que no podía por el momento pero que si me iba a abrir la puerta. Después la Alcaldía me contrata me ofrece L3,000.00 me ofrece viáticos y merienda, entonces vengo a Choluteca a buscar información con la institución que trabaja la temática de SIDA, esa era mi meta trabajar con los jóvenes, quiero llegar a los hombres adultos, volviendo quiero contarle que ninguna institución de las que trabaja con VIH Sida me pudo proporcionar material, fui al Foro Sida y ellos si me pudieron dar de lo que ellos tenían, y allí estamos trabajando con los jóvenes en las comunidades.

JEO.- Rubenia, una pregunta: usted cree que las capacitaciones que se están entregando de las organizaciones va a permitir parar la enfermedad, detenerla, disminuirla?

Rubenia.- primeramente Dios y la conciencia del ser humano, en tanta capacitación que le van dando a uno tiene que disminuir.

JEO.- usted cree que la gente con capacitación cambia de actitud, cambia de comportamiento?

Rubenia.- si cambia, una persona que es capacitada no es igual a una que no ha recibido ninguna capacitación.

JEO.- pero yo puedo ir a una capacitación y me siento a escuchar algo y me dicen y me muestran en un papel pero salgo de allí y a mí se me olvida, si son palabras y las palabras se las lleva el viento.

Rubenia.- no pero lo que se ve no ocupa anteojos porque nosotros vemos la enfermedad, yo ya he visto gente que se muere de esa enfermedad.

Cristina.- con relación a la pregunta sobre que si las capacitaciones que está dando Foro están incidiendo en el cambio de comportamiento de cada una de las personas, yo lo puedo confirmar y reafirmar que si las capacitaciones que Foro imparte, Ligia lo menciono, es información pero también es el empoderamiento de la persona en donde se está trabajando y tenemos jóvenes que han participado en Paso a Paso y aquí las compañeras lo replican que están muy bien y los jóvenes también allá están haciendo un trabajo de empoderamiento con el resto de jóvenes, así que si se considera que el trabajo educativo, de información, de capacitación y de empoderamiento de las poblaciones si da resultado para lograr un cambio de comportamiento ante el VIH Sida.

Sandra.- si tomando un poquito de eso yo llegue al Foro como voluntaria y yo no sabía qué era Sida solo lo que veía en la televisión pero nunca había visto un caso en vivo, empecé a trabajar con lo que era Forosida en las capacitaciones, en todo lo que es derechos humanos me interesó; después Foro hizo un plan para trabajar con jóvenes; yo soy de San Marcos de Colón, zona fronteriza a 10 minutos de Nicaragua, allí hay dos institutos uno evangélico El Buen Samaritano y el Instituto Lempira, uno es privado y el otro es público; a mi me inspiro la idea de incluirlos en el plan, uno conoce su pueblo y es un pueblo muy conservador y hablarles de Sida bueno ese es un tabú, ese tema en mi pueblo es prohibido y todo mundo se queda callado, yo fui al Instituto Lempira me dijeron que sí pero no muy convencidos, entonces le dije que yo necesitaba que me confirmará por lo menos 10 alumnos, me fui al Instituto Evangélico y me dijeron lo mismo "pero que usted va a explicar cómo es que se usa el condón y todo eso, nosotros no queremos eso porque como somos cristianos tenemos una formación diferente al joven", yo les dije que no se iban a arrepentir y que era muy importante que ellos lo recibieran, al final dijeron que si y vinieron a la capacitación pero no vinieron solos vinieron como con cuatro maestras. Bueno se inicio, duro todo un día, luego se estuvo pasando por cable por un medio de comunicación, después ellos me llamaron y me dijeron que les parecía excelente la capacitación que les había dado Foro y que ellos se habían equivocado en el aspecto de cómo ellos creían que sería la capacitación, lo que le quiero decir es que terminó la capacitación y estos jóvenes fueron efecto multiplicador y ahora ellos me buscan a mí, como Foro, para que haga esa misma capacitación, ellos ya no tienen temor, aun el Instituto Evangélico ya hizo un foro con todos los alumnos,

siempre se lleva a una persona que vive con VIH Sida porque yo siento que a ellos les impacta más, a veces estos jóvenes que tienen confianza se abocan y me hacen preguntas a mí que no le pueden hacer a la consejera. También el Instituto Lempira nos está felicitando porque le hemos dado capacitación a los alumnos de último año y ahora ellos van a ser efecto multiplicador, como parte de su trabajo social. También estamos aprovechando porque va a haber la Feria Patronal en la última semana de julio, entonces ya se les va a capacitar para que ellos trabajen a lo largo de toda la semana de la Feria, yo digo pero si yo no estuviera allí a donde iría la gente a preguntar si nadie habla este tema, ni la Iglesia, eso es prohibido, a veces me invitan a reuniones con discapacitados y yo aprovecho los espacios y empiezo a hablar de lo que es SIDA de cuantas personas tenemos viviendo con VIH Sida solo en la zona de Choluteca, que hay niños huérfanos y empiezo a contarles lo que yo he visto, pero yo tuve que acercarme al Foro para poder tener conocimiento de eso y poderles explicar. A veces vienen personas de Nicaragua que les han dicho que yo conozco de SIDA y me van a preguntar a mí, porque la población más cerca es Somoto y allí no les hacen las pruebas, entonces yo les doy la dirección, les doy el teléfono y es una situación que a mí me preocupa porque Somoto para mí es Honduras, estamos a 10 minutos, y nos relacionamos; hay mucho nicaragüense que está casado con una hondureña y que están viviendo en San Marcos o viceversa, gente de San Marcos que está viviendo en Somoto; por ejemplo mi madre es nicaragüense y mi padre es hondureño; esa es una zona fronteriza en donde están pasando los furgones, estamos hablando con el doctor del CESAMO de San Marcos para que unamos nosotros, Foro y el CESAMO ahora para la Feria.

Manuel.- Si yo quiero decirle la importancia que ha sido Foro aquí en Choluteca, para mí soy un ejemplo, ahora tengo el valor de decirlo que soy un ejemplo, porque aquí está Ligia ella me fue a visitar 3 veces a mi casa, yo solo sacaba la cabeza a mí me daba pena hablar con la gente pero Ligia llegaba y una vez me dejó una invitación para que fuera a su oficina y me acerque y ella empezó a tocar temas, pero lo que yo he ganado con el Foro es importantísimo y sabe porqué?, porque ahora me toman como un líder, recuerdo que Ligia me llamaba a la casa de un primo y ella una vez me llamo para decirme que había reunión en Tegucigalpa y que si yo podía ir, fue muy importante porque era para una capacitación en lo que eran visitas domiciliarias, por eso el Foro ha sido importantísimo y por eso voy a seguir, no me voy a salir hasta que me muera, me capacite en visitas domiciliarias y de allí le dije a Ligia usted va a ser mi mano derecha ahora voy a hacer visitas domiciliarias. Empezamos a salir, íbamos a buscar personas con VIH a sus domicilios y recuerdo que una vez fuimos a una casa que en realidad era lastimoso encontramos a una señora en un grado terminal, andábamos tres varones el conductor y solo ella de mujer usted se puede imaginar en las condiciones que la encontramos abandonada, durmiendo con las gallinas, su cama con excremento de gallina, realmente en condiciones muy mal, cuando dijimos a sacarla el conductor y el otro señor se fueron para atrás entonces solo quedamos Ligia y yo, la sacamos y la llevamos allí empecé a sentir el valor que nosotros tenemos que tener, ahora yo soy una persona que no le tengo miedo a nadie, el televisor puede estar al frente mío, me pueden llevar a una emisora, a una Universidad, a un Colegio, no soy estudiado tampoco pero me pueden llevar y yo voy a hablar de lo que es el tema, voy a hablar de las necesidades que estamos pasando en nuestro departamento y a donde podemos escribir para decirle estos temas, a veces me pongo triste porque una vez escuche decir que Foro iba a desaparecer, ahora que estamos bien capacitados yo me defiendo gracias a Foro le defiendo el derecho a cualquier persona porque Foro me capacito, sé cómo hablar, sé cómo responderle a una persona y lo replicamos.

JEO.- estamos claro que Foro si ha contribuido, que hay capacidades formadas que la gente siente que se han formado esas capacidades, vamos a otro tema bien puntual porque aquí hay representantes de varios municipios o sectores que son fuera de Choluteca, una de las cuestiones importantes tiene que ver con las alianzas que se hacen a nivel local, a nivel de las aldeas, de la municipalidad etc., como se establecen esas alianzas no es solo que venga el dinero desde arriba, sino que el dinero y el apoyo técnico se consigue también a nivel comunitario, a nivel local, como está Foro en ese sentido, acá en estos municipios?

Cristina.- es importante para nosotros como organización coordinar y hacer esas alianzas con el Foro porque Ayuda en Acción realmente no ha sido su fuerte trabajar en VIH sino que hasta ahora se ha hecho la coordinación y se ha establecido esa alianza con Foro, en donde más se ha trabajado la temática ha sido fuera de aquí de Choluteca, hablando específicamente de Orocuina, Apacilagua y Liure, en donde hay una excelente coordinación, estableciendo ferias de la salud en donde también jóvenes han participado en el proceso de Paso a Paso y ellos están haciendo réplica. También coordinamos con los jóvenes porque la organización tiene una red de jóvenes en el municipio y están coordinando junto acá con el Foro para realizar actividades y llegar a la réplica de la temática. Esto ha sido una coordinación excelente, tenemos la comunicación frecuente y esta esa relación magnífica, nosotros como organización, como ONG que el tema no lo visualizaban sino que otros como seguridad alimentaria, dinamización de economías y no el tema de VIH Sida, en este momento se ha hecho un trabajo realmente excelente en coordinación con el Foro.

JEO.- Ligia, así de conciso y de preciso, ejemplos concretos de alianzas a nivel local.

Ligia.- creo que lo más difícil para el centro del proceso del Foro ha sido con las alianzas a nivel de gobierno porqué?, por el cambio de gobierno que se da cada cuatro años, por ejemplo en el gobierno anterior nosotros teníamos una alianza a tiempo completo, el compromiso que había desde la municipalidad era muy bueno pero el cambio que vino con el nuevo gobierno nos cayó como piedra porque la visión que traía el gobierno que entró no es la misma que tenía el anterior, entonces hay que empezar de nuevo con esta gente para volverlos a sensibilizar para que comprendan cual es la razón de trabajar con VIH Sida. Qué bueno sería si el tema de VIH fuera un tema dado en forma política, pero el problema es que no todos traen esa visión y eso lo hace más difícil. Ejemplo concreto, creo que lo que hemos aprendido todos nosotros es que al inicio cuando nace todo esto del tema de SIDA, las organizaciones que traían dinero al país la gente empezó a decirles para que llegaran que había comida y que fueran y cuando no hay comida pues no van, sin embargo, nosotros hemos aguantado hambre muchas veces, ustedes saben los fondos que nosotros tenemos y saben que no es la gran cantidad, no es para hacernos ricos pero tampoco para hacernos miserables lo que hemos hecho es estirar el chicle y la Red de las Abuelas saben el financiamiento que se les dio, ellas tienen que hacerlo rendir si un día no tienen que comer, pues no hay que comer, pero si hay que cambiar esa imagen a la gente y decirle vaya porque tiene que aprender pero no vaya a llenar la pancita sino a aprender para otros procesos que tenga que hacer. Realmente ha sido algo muy bonito ver que la gente gestiona, la gente sigue en los acompañamientos, si hay niveles en donde la gente no quiere escuchar se ha dado en donde el Alcalde no quiere escuchar al que viene del pueblo, él quiere escuchar al que viene con su corbata y su perfume rico, pero nosotros hacemos el acompañamiento. Lo que me ha gustado de la gente aquí en las alianzas que aun así han ido ellos a las Alcaldías, aun así han ido a las instituciones como bien contaba Justo nosotros este año en la semana de la juventud de los fondos de Foro nos habían

asignado creo que eran L3,000.00 o L4,000.00, pero aun así gastamos más porque era una semana de evento muy bueno y muy bonito, trabajamos todos y como no nos ajustaba el dinero fuimos al sector privado y la gente iba y lo conseguía, nosotros estamos tratando de cambiar la idea de que no vean el SIDA como algo de muerte sino como un problema social que nos afecta a todos y a todas, que no solo afecta a determinada población o a la gente que trabaja con el tema, sino que a todos. Nosotros tuvimos un problema con el CAI (Centro de Atención Integral), les hicimos el acompañamiento y algunos compañeros de auto apoyo se separaron por las relaciones que se estaban dando en el CAI, hicimos la auditoria que se tenía que hacer, entonces a nuestra medida siempre hemos hecho estas alianzas y con las autoridades nos escuchan o no nos escuchan nosotros vamos, tenemos el caso del Alcalde de El Triunfo, que ha sido imposible poderlo abordar para poderlos sentar y explicarle que es lo que pasa con el VIH Sida en ese municipio y una de las cosas que nosotros nos hemos planteado este año es que queremos municipalizar lo que son los sub capítulos en los municipios, porque no es solo centralizar en una sola persona la información en un municipio, no es lo que queremos sino que estén los líderes comunitarios, este año como meta tenemos cuatro municipios entre ellos está Namasigüe, con el Alcalde ya lo abordamos, con el Alcalde está la apertura y él si quiere lograrlo, si hemos tenido alianzas, lo más difícil ha sido la parte Municipal, incluso hemos tenido alianzas con la Secretaría en cierta forma ellos nos han visto como una competencia pero no somos competencia somos una alianza en donde más bien nosotros hemos abierto las puertas a donde la gente pueda llegar a raíz de nuestras intervenciones la gente ha llegado al CAI, no es mi culpa que la gente no quiera recibir consejería en el CAI y que quiera recibirla en el Foro ellos tendrán sus razones, entonces hemos capacitado a un grupo de colaboradores porque tenemos que dar respuesta a la solicitud de la comunidad, hemos tenido algunas alianzas con centros de salud para fomentar esa denuncia a las organizaciones de derecho.

JEO.- les voy a pedir que por favor nos queda la última media hora que sean más precisos en sus intervenciones con ejemplos bien concretos, nos queda el tema de derechos humanos que es un tema que a la cooperación Sueca le interesa mucho, Martha tiene usted algún en el tema de las alianzas?

Martha.- bueno si hemos tenido alianzas como usted dice con la oficina de derechos humanos en lo que son las denuncias o quejas de los pacientes viviendo con VIH Sida en las violaciones de sus derechos, allí se está trabajando muy bien, antes no se trabajaba con ellos, ahora ellos han tomado capacitación y hemos visto un mejor apoyo en los deberes y derechos de los pacientes.

Nery.- bueno nosotros siempre estuvimos coordinando las actividades pero también nos servía de referente para otras organizaciones, para hacer el traspaso de capacitaciones digamos al personal médico y auxiliar de enfermería en todo lo que es el Municipio hay diez centros de salud, diez CESAMOS que fuimos a ver y coordinábamos también con el Director, él directamente se ofreció a desarrollar el proceso de capacitación dirigido al personal médico. También a nivel del CAI, la psicóloga se ofreció para desarrollar un proceso de capacitación con las mujeres trabajadoras comerciales del sexo y la misma doctora apoyaba en el proceso de capacitación, o sea que a través del Foro uno también es enlace con otras organizaciones, tal vez no nos veían como SIPE pero si que éramos del Foro también de Salud nos asignaron a una persona para que fuera el referente al momento de necesitar apoyo, entonces hemos tenido muy buena respuesta a través de la coordinación que se ha establecido.

Justo.- nosotros en lo que fue la semana de la juventud algo que siempre ha tenido Foro y que ha sido bien estratégico es que siempre durante la semana se monta una Exposida, hay juegos, hay de todo, una alianza nuestra debe ser a través de los Colegios, cuando hacemos la Exposida invitamos a los colegios públicos y a algunos privados, hay veces que incide tanto que hasta los mismos maestros vienen y uno empieza a familiarizarse con ellos, dentro de esos ámbitos estratégicos que se han hecho también ha habido eventos como una exposición de murales en donde participan todas las organizaciones. Yo no sabía que los Derechos Humanos aquí en la ciudad trabajaba con VIH Sida, pero nunca había habido un fortalecimiento a las personas que están trabajando, ya pudimos conocer Ayuda en Acción, pudimos acercarnos al CAI y a otras organizaciones que trabajan pero como que les falta mas fortalecimiento, y tal vez nosotros tengamos eso, por ejemplo yo se que Ayuda en Acción tiene otros que pueden ser nuestros aliados y hacer una sola familia y siempre se está hablando del VIH Sida, en los que mas hemos incidido es en los jóvenes, con las iglesias también, recuerdo que Ligia hizo un evento con todas las Iglesias tanto evangélicas como católicas y se envió carta hasta a los pastores, pero la primera vez que lo hizo no le llegaron los pastores pero ahora hasta nos han abierto los medios de radiocomunicación así que hasta con las iglesias ha habido alianzas, Radio Paz, hasta el mismo Radio Valle, eso ha sido parte de las alianzas que ha habido.

Nery.- solo hablando en cuanto a las Iglesias que a veces son espacios más cerrados para trabajar el tema y nosotros en ese tema hemos tenido muy buenas respuestas porque en el caso de las iglesias católicas las casas de oración nos han servido como centro de capacitación y las iglesias evangélicas también ha dado bastante apertura para trabajar el tema con los jóvenes. Eso quería aportar que a nivel comunitario las iglesias son más abiertas que acá en los grupales y se puede coordinar muy bien con ellos.

Cristina.- Algo que es cierto antes las iglesias no abordaban el tema de VIH, y no es por darle el crédito a Foro pero a raíz del trabajo ahora hablan en las iglesias el tema del VIH, antes no teníamos a las iglesias porque nadie quería hablar de VIH Sida, pero ahora debido a la intervención hay muchas iglesias que están abordando el tema, sexualidad, ITS, también muy importante nosotros hemos hecho alianzas con la Policía, con la gente de la penitenciaría para poder abordar a toda la gente que esta interna allí.

JEO.- a grandes rasgos cuántas organizaciones aquí pertenecen a Foro.

Cristina--- hay como 27 o 32 por allí, pero que conste, como lo decía al inicio, no son organizaciones que solo trabajan el tema de VIH y dentro de esos también hay grupos de bases y las organizaciones.

JEO.- y las juntas directivas hay algún miembro de Iglesia en la Junta Directiva de Foro aquí.

Cristina.- Yo soy la única que soy miembro de la Iglesia Bautista Capanan.

JEO.- pero tu posición es como miembro de la iglesia perteneciente al Foro o representas a la iglesia dentro de Foro?

Cristina.- si cuando yo entre a Foro era vocal tenía la representación de la iglesia.

Teodora.- nosotros en El Triunfo organizamos una red municipal, a quien hemos invitado a la salud, la policía, el Alcalde, el juzgado de paz, la ONM, la red, la Liga de la Juventud, Sembradores de esperanza el otro grupo de jóvenes que atiende a 23 comunidades y también a la iglesia evangélica, la iglesia católica y los derechos humanos, hemos querido llegar a todo ese personal porque nosotros creemos que si estamos unidos somos fuertes y vamos a predicar la misma lengua, ya no estamos interesados en la Red de Abuelas de los que estamos acá, estamos interesados en poder llegar a otras personas que no manejan el tema porque sabemos bien que el tema ya no es suave que ha crecido, si nosotros nos olvidamos entonces vamos a fracasar, tenemos programada la feria de la salud para el 30 de agosto, la feria de la salud se celebra con la participación y el apoyo de todas estas organizaciones, coordinando salud con más fuerza en El Triunfo y para que nos den los fondos para que los niños vayan a recoger su medicina a Tegucigalpa, ahora estamos montando otra vez la feria para poder recoger los fondos y seguir ayudando a los niños que viven con VIH Sida.

JEO.- es extraordinaria la cantidad de organizaciones con las que tienen alianzas, esos son ejemplos importantes y esa es una red municipal que tiene sub capítulos.

Ligia.- nosotros al inicio el primer sub capítulo que íbamos a montar a nivel de Choluteca era el de El Triunfo, pero como usted hablaba al principio de donde salen las iniciativas, quien propone somos nosotros o son ellos y ellos nos propusieron a nosotros a la Junta Directiva que iban a formar la red y que cuando estuviera fortalecida, montarlo en sub capítulos, porque toda la gente que está dentro de la red han sido miembros que Foro ha fortalecido, ha formado y son ellos quienes están formando la red, entonces están todas esas organizaciones que son miembros de Foro pero que están dentro de la red y ha funcionado muy bien.

Teodora.- y ya vamos a tener una reunión con todos los representantes de estas organizaciones para brindar una capacitación de incidencia política porque nosotros sabemos que si no incidimos podemos también perder lo de la Alcaldía que es lo más duro porque el señor Alcalde manda un representante pero él no se asoma y nosotros queremos presencia de él, por eso queremos dar un tema de incidencia, ya esta programado para el 24 de julio.

JEO.- acláreme que es incidencia política?

Teodora.- contar las penas que tenemos con los sectores, porque no hemos querido instalar un plebiscito no lo hemos querido plantear así, sino que es un dialogo primero.

JEO.- pasemos al último tema y el último tema tiene que ver con un tema que para la Cooperación Sueca es muy importante porque usted puede hacer un trabajo a nivel de VIH Sida con distintos instrumentos de distintas formas pero el enfoque que se utilice, las formas, las capacidades y para la Cooperación Sueca es importante el tema de derechos humanos, es importante el tema de derechos sexuales y reproductivos, y es importante el tema de llegar a los más necesitados y naturalmente la equidad de género, conversemos sobre el enfoque del trabajo en VIH Sida acá en Choluteca y vamos a partir con nuestra amiga Rubenia, estas capacitaciones esas cosas que entrega Foro le hablan de la equidad de género, le hablan sobre derechos sexuales y reproductivos, sobre derechos humanos?

Rubenia.- si, porque cada una de las personas tenemos derechos y si uno no aprende que tiene derecho a reclamar sus derechos, uno se deja decir lo que cualquier persona se le ocurra decirle, pero ya sabiendo mis derechos no me dejo porque sé que hay alguien que me defiende, también sobre género que ya sabemos que género es mujer y hombre y la equidad de género es que somos iguales, uno antes decía que el hombre valía más que la mujer y hoy sabemos que somos iguales.

JEO.- y qué paso con el machismo en las comunidades cuando va una mujer y recibe capacitaciones con el foro y después de oír esa capacitación se va para su casa?

Rubenia.- allí es en donde el hombre todavía no está concientizado porque si mi marido no está concientizado a que yo me ande preparando entonces allí hay machismo porque como él me tiene dominada entonces no salgo, pero si yo ya no estoy en esa situación aunque él me dijera yo ya no me detendría, porque yo le digo a él que yo he aprendido a través de las capacitaciones, yo en la casa no hubiera aprendido nada, pero siempre hay un poco de machismo porque todo de un solo no se va a quitar, pero la mujer que ya está preparada no nos dejamos, no es que uno se mande solo pero uno les dice de una manera al marido y él entiende que lo que he aprendido es muy bueno.

JEO.- y a las otras compañeras les sucede lo mismo.

Rubenia.- si ya ellas no tienen esa dificultad.

Sandra.- Hablando un poco de lo que es género les voy a contar sobre mi esposo, él es de una cooperativa de consumo, está en una junta directiva de cafetaleros y a mí me tocaba como voluntaria hacer visitas domiciliarias y él me decía "pero ir tan largo, cómo se exponen ustedes!", él creía que a mí me pagaban y me preguntaba "cuánto te pagan por eso?", y yo le dije "no, a mí no me pagan nada porque es trabajo voluntario", la verdad no estaba muy de acuerdo porque él me decía que nadie hacía trabajo voluntario, pero a lo largo del tiempo él como que se ha sensibilizado porque él a veces me acompaña y también él me oye hablar, escucha lo que le hablo a mis niños porque el mayor ya tiene 14 años, me dice sabes que "te voy a llevar para que les des una charla a los cafetaleros", o sea que es algo que ha influido en él y no ha sido a fuerza de presión.

José.- hay instancias bastantes buenas porque como se lo decía al principio nosotros ahora estamos valorándonos iguales hombres y mujeres en las capacitaciones, en los talleres, en las directivas ahora lo estamos haciendo iguales, ponemos la misma cantidad de mujeres y la misma cantidad de hombres y nos está dando resultados y las opiniones son iguales. El jueves 5 tuvimos una reunión con el Programa Nacional de Alimentos, estamos trabajando para 70 familias, se reestructuró la junta directiva pusimos de los dos departamentos y allí incluimos lo que es género, estamos trabajando parejo.

JEO.- perdón Ligia que quería escuchar acá, tú mencionaste que a veces cuesta trabajar con homosexuales, o que nos cuesta aproximarnos; qué hay de eso, de ese tipo de enfoque o talleres?

Jaime.- bueno yo he cambiado, pero recuerdo que una vez Ligia me dijo vamos a compartir con un homosexual, la verdad que yo estaba tranquilo y más bien fue él quien se retiró, él solo se recriminó, entonces me quede solo con José Manuel, eso creo que es importante porque ellos tienen problemas, se sienten discriminados y son ellos los

que contribuyen porque no están viendo su derecho y en cuanto a los hombres hay una participación tremenda y hay problema con las mujeres, porque para el caso mi esposa me llegó a preguntar que por qué mucho me reunía con el Foro, ahora se ha concientizado. Por otro lado, a medida uno va trabajando en los procesos se va dando cuenta en donde está la falla y me encontré que lastimosamente los maestros no conocen al 100% lo que es el VIH Sida, hasta que una muchacha me preguntó me dice “Jaime un maestro me dijo que hay que usar 60 condones en una relación sexual para prevenir el Sida”, yo me quede asombrado y es más busque una alianza y hable con el Director Distrital y le dije queremos una reunión con los maestros, yo quiero compartir una capacitación con los maestros, esa situación me importa porque son ellos los que viven más tiempo con nuestros hijos.

Ligia.- si Jaime me robó la idea pero en todo este proceso que hemos recorrido a mí me sorprendía mucho el tema de la homosexualidad cuando empezamos en Choluteca nunca habían visto los gays, cuando nosotros empezamos me decían que no habían gays, ni lesbianas y el chiste era que como la Alcaldía Municipal nos pagaba nuestra oficina, la luz y el agua ellos lo cubrían todo y recuerdo que había un muchacho de la Alcaldía y yo decía pareciera que sí, empecé a hablar con él y a decirle en que trabajaba y yo recuerdo que él me dijo “si mire que yo tengo muchos amigos que están en el closet”, él hablaba de ellos en forma discriminativa y entonces yo le decía no te expreses así de tus compañeros como quieres que te respeten si no los respetas a ellos, pues empezamos a trabajar y organizamos al primer grupo gay en Choluteca que se llamaba Luz y Fuerza llegamos a tener una membrecía de casi 72 personas entre ellos homosexuales y lesbianas, donde yo sinceramente se lo digo no había conocido a una lesbiana que me dijera yo soy lesbiana y recuerdo cuando empezamos a capacitarlos fue un proceso muy como escondido porque antes no se dejaban ver, gente de la comunidad que yo conocía pero que yo no sabía, habían directores de colegios, directores de escuelas, yo me sorprendí como era que no habían homosexuales en Choluteca, llegó un momento en donde ya los habíamos capacitado, los habíamos organizado, porque hay algo bien importante que como Foro siempre hemos querido apoyarlos, fortalecerlos, organizarlos pero que ellos sigan adelante, en este tiempo estaban los fondos de Fideicomiso, hubo un entrenamiento para que aprendieran a elaborar propuestas, lastimosamente ellos se tardaron muchísimo y no entró en el tiempo exacto que estipulaban los fondos y no pudimos lograr esos fondos porque lo enviamos muy tarde, pero lo que quiero decirles es que ellos ya organizados, porque antes existían las casas rosas, las casas de citas pero una vez que cerraron pues ya no se sabía en donde estaban las trabajadoras sexuales y empezamos a abordar a las trabajadoras en los bulevares, cuando Sandra ponía el ejemplo yo recuerdo a mi esposo él es un vivo ejemplo del cambio, el SIDA primero es sensibilizar porque hay muchas personas trabajando en VIH pero verdaderamente no han llegado a la sensibilización, están más por un dinero, por un lucro personal, por tener un currículo grande, pero hacer las cosas por amor, por vocación, que te guste o por ayudar a los demás, es bien difícil yo recuerdo que me decía mi esposo, yo voy a una iglesia, yo soy cristiana pero hay muchas cosas que yo sé que no puedo tapar el sol con un dedo, hay cosas que son vitales en la vida, el SIDA no lo voy a tapar diciéndole, sí, séale fiel, pero si la otra persona tiene que ser fiel, el condón debe estar en medio de toda esta situación. Tuvimos también alianza con la brigada cubana y nos fuimos un día con la Dra. a las 11:00 p.m. a buscar a la comunidad gay, a las trabajadoras sexuales y mi esposo me decía “yo te voy a ir a dejar pero no te voy a esperar”, y recuerdo que una vez andaba una persona borracha y se molestó que le íbamos a correr a los clientes y yo pensé este hombre nos va a matar aquí, no recuerdo ni cómo nos salimos pero yo decía no importa aunque en muchas luchas que hay murieron muchas personas y yo siempre pongo el ejemplo los medicamentos retrovirales; hay mucha gente que murió y que no los logró pero tiene que llegarles la información y con una persona que cambie, yo pienso que en

todos estos censos que tuvimos, hubieron dos trabajadoras sexuales que se salieron del trabajo sexual porque también hay otra cosa muy importante que tenemos que abordar en la ciudad porque a nosotros nos decían los asesores “si es que tienen que salirse de eso porque les va a dar SIDA”; si, pero es que la gente con qué va a comer, les va a dar trabajo?, y es bien difícil decirles porque no les voy a dar trabajo ni tengo que darles de comer, pero ellas tomaron la decisión de salirse del comercio sexual y les dimos una atención bien personalizada y recuerdo que se les enseñó manualidades y ellas vendían sus cosas, al final ellas fallecieron pero yo me decía es que hay que ir a buscar a las personas porque ellas verdaderamente no conocen, yo me encontré con personas que me decían que se ponían tres condones porque era mejor protección y no era cierto, ahora cuando me miran me dicen “solo uno verdad”, si, “bien puesto” les decía yo pero por lo menos se les quedó. También la policía a veces las golpea y las lleva presas y yo tenía que ir a la policía y a veces me preguntaban si era familiar mío y a veces les decía que si y ellos habían llegado a pensar que yo tenía SIDA, gente que me conocía me decían fíjese que andan diciendo que usted tiene SIDA y yo les decía “déjelos, mejor porque me van a atender más rápido”, o a veces los taxistas porque como les decía que iba para el Foro de Sida entonces era como muy marcado pero tuve que aprender y ver ese enfoque de derecho que la gente tiene que hacer valer, recuerdo a los homosexuales cuando salimos en el primer foro eso fue horrible a mí me dijeron que me iban a excomulgar de la iglesia, y yo les dije, yo no voy a decir que quiero que los gays salgan a las calles, no; yo lo que quiero es que ellos se protejan del VIH y a donde sea que me llamen, yo voy a ir y me llamaron de la iglesia y nadie me preguntó, nadie me dijo nada porque ellos saben, saben que estamos luchando por una situación de vida, de derechos humanos, no porque digan, la parte espiritual es muy espiritual y allí la agarra cualquiera pero la parte humana es humana. Creo que el enfoque de derecho siempre hemos tratado de que se marque en nuestras capacitaciones de género, porque es importante que las autoridades conozcan lo que nosotros tenemos en nuestras comunidades, el grupo “Luz y Fuerza” fue muy conocido, el grupo caminó muchos años, lo que pasa es que ahora han muerto algunos participantes, otros se han ido de la ciudad y entonces ha quedado un grupo muy pequeño ya no están los 70 y tantos que habían, pero allí están sobreviviendo, lo importante es que estén juntitos pero que no se disgreguen.

Cristina.- solamente para compartir mi experiencia similar a la de Ligia en el tema de derechos humanos y salud sexual y reproductiva, cuando nosotros iniciamos el programa a mí me daba pena y es verdad lo que dice Jaime, es cierto, todo mundo como que le huía a ese proyecto porque había que trabajar directamente con mujeres trabajadoras comerciales del sexo y había que ir a los centros de trabajo. Recuerdo la primera vez que fuimos para conocer y yo le dije al motorista, mire, yo no me voy a bajar, se va a bajar usted a hablar con el dueño del negocio, porque uno a la primera se siente como que rechaza el ambiente pero después nos fuimos dando cuenta que son seres humanos y nosotros debemos tratarles como iguales, también con las mujeres fuimos trabajando el tema de género, lo fuimos vinculando digamos VIH y sexualidad, entonces buscábamos a las enfermeras para que ellas introdujeran el tema de sexualidad, el cuidado de su propio cuerpo y nosotros contribuíamos con el tema de VIH, cuidando el uso del condón, todos los métodos sexuales y reproductivos, porque aquí tenemos que es una población que es muy movible incluso las mujeres trabajadoras sexuales se mueven mucho, uno va a veces ve 20 y a la semana siguiente tal vez seis ya se fueron para Nicaragua o para El Salvador, entonces uno va dejando el tema se les habla de salud sexual y reproductiva y de VIH porque ambos tienen que ver con derecho y que ellas tienen que reclamar ese derecho, en violencia doméstica una de las personas más propensas a sufrir de violencia domésticas son las mujeres trabajadoras comerciales del sexo y ellas lo comentaban libremente, “yo les cobro por 10 botellas y ellos solo quieren pagarme cinco, entonces allí me empiezan a insultar, incluso la misma policía que vigila en el lugar”, hubo que trabajar con la policía y decirles que no las trataran así, que ellas también eran

humanas, les exigían el carnet, si no iban a controlarse el miércoles tenían sanciones, entonces creo que el tema de derechos humanos tiene mucho que ver con toda la temática de sexualidad y de equidad de género, está muy vinculado.

Martha.- bueno en estos momentos nosotros estamos trabajando con lo que es observatorio ciudadano, que lo que queremos lograr es capacitar a un grupo de personas de la sociedad civil de la comunidad para que trabaje en la vigilancia de deberes y derechos de las personas viviendo con VIH Sida para que ya no seamos nosotros quienes acompañen a los pacientes a poner su queja o su denuncia, sino que sea ese grupo de personas que estamos capacitando. También queremos incorporarnos a capacitar a los grupos de auto apoyo para que ellos conozcan la ley y que sepan que tienen derechos pero que también tienen deberes porque dentro de los grupos sabemos que hay personas que no están cumpliendo sus deberes pero si están exigiendo sus derechos.

JEO.- Cada uno de ustedes va a pensar en la principal fortaleza de Foro aquí en Choluteca y en la principal debilidad y la vamos a ir diciendo cada uno, con esto vamos a terminar, han sido ya dos horas, el grupo ha sido sumamente rico, ha habido muchísimas intervenciones es seguro que el análisis va a arrojar mucha información super enriquecedora para la evaluación; entonces don José, principal fortaleza, principal debilidad?

José.- bueno fortaleza es que Foro tenga siempre el apoyo que le ha estado brindando la Cooperación Suecia y la debilidad es que nosotros los que estamos trabajando nos desintegremos, si lo hacemos es una debilidad.

Justo.- creo que como principal fortaleza que hay dentro de este grupo de Foro es la unión de cada uno de los participantes voluntarios y creo que con la unión se hace la fuerza y como debilidad creo que es que hace falta más equipo técnico de personas que estén trabajando en X o Y áreas, llegar a lugares remotos dentro del departamento de Choluteca y los departamentos vecinos como en Valle, que tenga más personal técnico trabajando.

Cristina.- fortaleza que el equipo técnico de Foro zona sur tiene las capacidades técnicas para desarrollar su trabajo y es un equipo comprometido, el compromiso que tiene también es una fortaleza, la debilidad yo considero que la mayor debilidad que puede tener es económico, fondos reducidos.

Ligia.- una fortaleza creo que es la voluntad de todas y todos los que hemos estado en este proceso de Foro, ese voluntariado en donde no hay ni un cinco y que a veces no lo reconocemos y una debilidad quiero citar una el no tener ese espacio en cuanto a estructura, no tener ese espacio físico propio de Foro.

Nery.- fortaleza que es una instancia integrada por varias organizaciones voluntarias con ese grupo de personas que están dispuestas a trabajar el tema de prevención y eso le da sostenibilidad al foro y una debilidad en cuanto al apoyo que se pueda dar a todas las iniciativas locales veo que tienen esa limitante financiamiento para apoyar iniciativas locales porque hay tanta necesidad que a veces uno se siente imposibilitado para poder dar respuesta aun cuando tengan lo técnico pero se requiere también...

JEO.- voluntad, compromiso y recursos económicos eso es fortaleza y debilidad.

Sandra.- fortaleza que hay capacidad, hay compromiso y sensibilidad y una debilidad pues lo que decía la compañera fondos reducidos y que existieran más personas voluntarias porque a veces hay esa limitante que no hay suficiente personal o no hay ni para el pasaje.

Martha.- una fortaleza el trabajo coordinado que Foro trabaja bien coordinado y una debilidad los pocos voluntarios que existen dentro, que hubieran mas voluntarios.-

Rubenia.- fortaleza que tiene incidencia que está mancomunado con varias organizaciones y una debilidad pues el poco personal.

Teodora.- fortaleza para mi es la alianza que hay entre el Foro de Choluteca y el de Tegucigalpa es una fortaleza y la debilidad es económica porque quedan largo los municipios.

Jaime.- hay un grupo de trabajo líder ligado al tema y la debilidad es no contar con un equipo.

